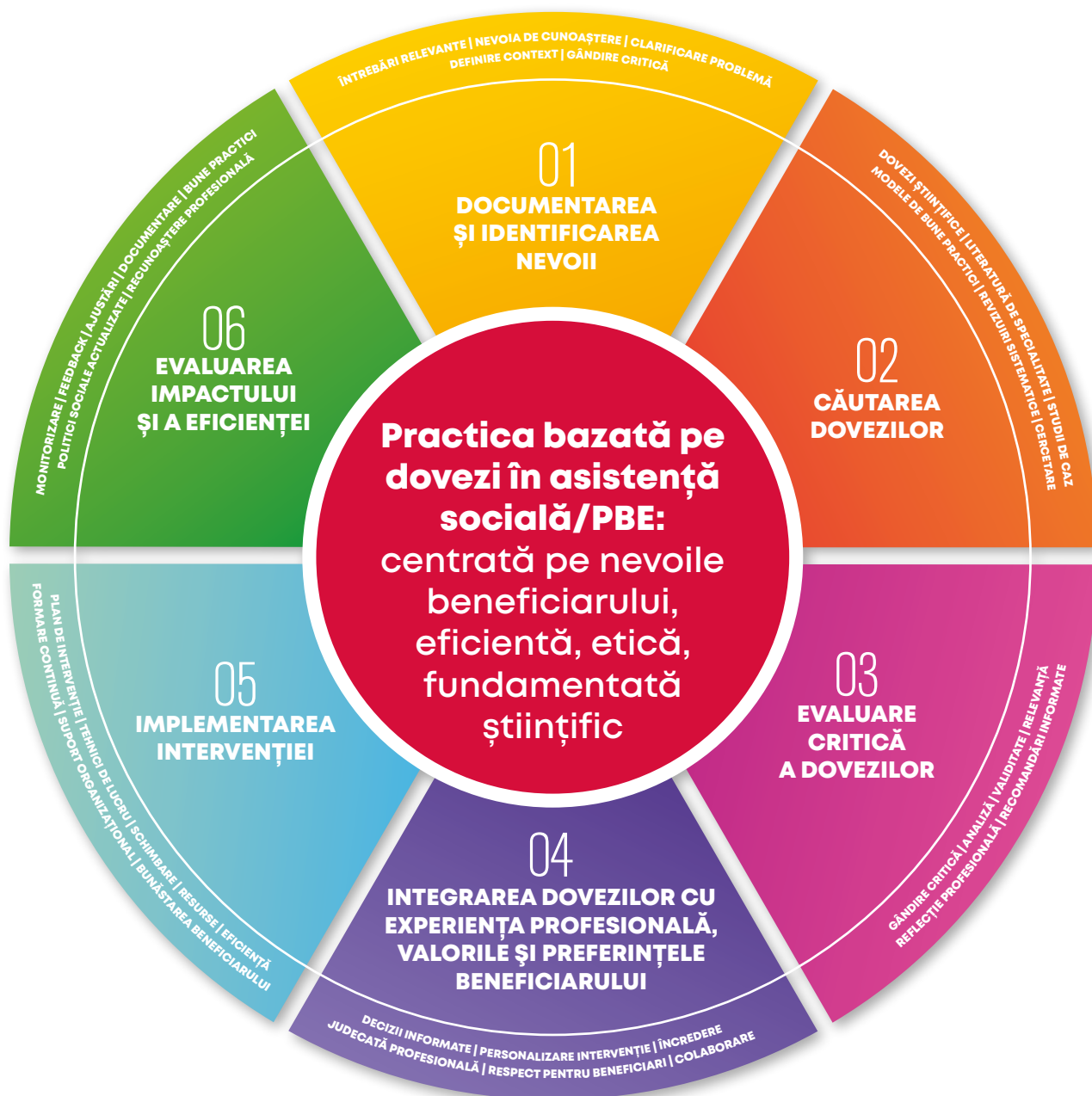




GHID ORIENTATIV PRACTICA BAZATĂ PE EVIDENȚE

CUPRINS

Prefață	4
Introducere	5
Context	6
Practica bazată pe evidențe (PBE) în Asistență Socială: Câteva explicații privind aplicarea modelului PBE și pașii acestuia	8
1. Practica bazată pe evidențe în Asistență Socială - aspecte generale	8
2. Utilizarea modelului PBE și structura acestuia în Asistență Socială	10
3. Detalierea pașilor modelului PBE în Asistență Socială	12
PASUL 1. Convertirea nevoii de informare a practicianului într-o întrebare la care pot fi găsite răspunsuri	12
PASUL 2. Căutarea celor mai bune evidențe/ dovezi pentru a răspunde la întrebare	15
PASUL 3. Evaluarea critică a dovezilor găsite în termeni de validitate, semnificație și utilitate	17

CUPRINS

**PASUL 4. Integrarea evidențelor relevante
cu propria expertiză și valorile
și circumstanțele beneficiarului**

24

PASUL 5. Implementarea intervenției

28

**PASUL 6. Evaluarea eficacității intervenției
pe bază de evidențe/dovezi**

31

Exemple de practici bazate pe evidențe

33

Exemplul #1: Includerea persoanelor cu dizabilități
pe piața muncii. Ce putem face pentru a crește
rata de angajare?

35

Exemplul #2: Pachetul Minim de Servicii
pentru copiii cei mai vulnerabili și familiile lor
- un model de program comunitar
cu o abordare bazată pe evidențe

46

Concluzii

52

Referințe bibliografice

54

PREFAȚĂ

Asistența socială joacă un rol esențial în sprijinirea și protejarea celor mai vulnerabile persoane din societate. Într-un context profesional în continuă schimbare, unde nevoile și provocările sociale devin din ce în ce mai complexe, este esențial ca intervențiile noastre să fie eficiente, relevante și să se bazeze pe cele mai recente cercetări. Colegiul Național al Asistenților Sociali din România, ca autoritate de reglementare a profesiei, are obligația de a elabora norme, coduri, ghiduri pentru a contribui la îmbunătățirea continuă a practicii în profesia de asistent social.

Ghidul privind practica bazată pe evidențe se înscrie în acest demers și a fost creat pentru a oferi asistenților sociali o resursă practică și accesibilă în implementarea practicii bazate pe evidențe în activitatea lor zilnică. Practica bazată pe evidențe (PBE) oferă un cadru valoros, care ne permite nouă, asistenților sociali, să luăm decizii informate, îmbunătățind calitatea serviciilor și rezultatele pentru beneficiari. În practica noastră este important să integrăm cele mai bune dovezi științifice disponibile cu experiența profesională și preferințele beneficiarilor. De aceea, ghidul subliniază importanța evaluării continue a intervențiilor și promovarea unui proces de învățare activ, atât la nivel individual, cât și la nivel organizațional.

Ghidul a fost elaborat de către CNASR în cadrul proiectului **”Forța de muncă din serviciile sociale care sprijină extinderea pachetului minim de servicii pentru copii”**, derulat în parteneriat cu UNICEF în România, cărora le mulțumim pentru că au făcut posibil acest demers. Mulțumiri speciale Dnei. Voichița Tomuș, specialist protecția copilului, Dlui. Nicola Sannazzaro, specialist protecția copilului și Dnei. Maria Cristina Ghiță Hâncean pentru tot sprijinul oferit în derularea acestui proiect.

Dezvoltarea acestui ghid a avut la bază consultări regionale cu practicieni, precum și analiza celor mai recente studii și ghiduri internaționale. Obiectivul nostru este de a contribui la consolidarea unei culturi profesionale care valorizează dovezile empirice, dar și înțelepciunea acumulată prin practică. Prin adoptarea și promovarea PBE putem să ne asigurăm că intervențiile noastre sunt eficiente, respectă demnitatea beneficiarilor și îndeplinesc standardele etice și profesionale cele mai ridicate. Acest ghid nu este doar un set de recomandări teoretice, ci și o invitație la reflecție și acțiune, la explorarea celor mai bune metode de lucru și la îmbunătățirea continuă a practicii. Ne dorim ca ghidul să devină un instrument util și inspirațional pentru toți cei implicați în asistența socială, să stimuleze dialogul și colaborarea între profesioniști și, mai presus de toate, să conducă la schimbări pozitive în viața beneficiarilor noștri.

Dragi colegi asistenți sociali, vă invit să parcurgeți acest ghid cu deschidere și să îl utilizați ca o sursă de sprijin în activitatea dumneavoastră, având încredere că aplicarea principiilor practicii bazate pe evidențe/dovezi ne va permite să creștem eficiența și impactul asistenței sociale în beneficiul celor care au cea mai mare nevoie de ea.

Diana Cristea

Președinte CNASR

INTRODUCERE

Folosim dovezi¹ pentru aproape tot ceea ce facem (planificarea unei vacanțe, alegerea unui curs de formare, achiziționarea unei locuințe etc). O facem pentru că se bazează pe principiul subiacent conform căruia cu cât decizia noastră este mai informată, cu atât avem mai multe șanse să obținem rezultatul pe care îl dorim. În articolul *The Basics of Evidence-Based Practice*, profesorul Rob Briner, de la Queen Mary University din Londra, afirmă că: “practica bazată pe evidențe nu este un concept revoluționar sau complex, ci mai degrabă o abordare sistematică a procesului decizional care implică utilizarea celor mai bune dovezi disponibile pentru a fundamenta alegerile și acțiunile”. Într-un domeniu ca cel al asistenței sociale, unde celeritatea în luarea deciziilor este un predictor al capabilității sistemului de a oferi soluții, este posibil să fim tentați să considerăm practica bazată pe evidențe ca fiind ceva ce va încetini luarea deciziilor. Dar cât de des este nevoie să luăm decizii rapide? Și, până la urmă, vrem să luăm o decizie bună sau una rapidă? În articolul menționat mai sus, autorul conchide “practica bazată pe evidențe nu încearcă să dovedească ceva sau să descopere adevărul. Mai degrabă este despre luarea unei decizii mai bine informate”. Este despre probabilități, nu certitudini. În practică, acest lucru înseamnă că putem folosi dovezile pentru a ajuta beneficiarii să ia decizii în cunoștință de cauză cu privire la gama de opțiuni de intervenție care le sunt disponibile. Sau, putem folosi dovezi pentru a informa personalul unui serviciu social, factorii de decizie în materie de programe/politici și potențialii finanțatori cu privire la modelele de bune practici sau practici promițătoare².

Procesul practicii bazate pe evidențe în asistența socială implică colaborarea dintre practician și beneficiar pentru a identifica cea mai potrivită intervenție bazată pe dovezi pentru situația lor specifică. Acest proces recunoaște că există adesea mai multe opțiuni de intervenție pentru abordarea unei probleme și că ceea ce funcționează pentru o persoană sau în anumite circumstanțe poate să nu fie la fel de eficient pentru altcineva. Practica bazată pe evidențe nu ne încurajează nici pe departe să privim realitatea din jur dintr-o perspectivă limitată, valorile, preferințele și caracteristicile beneficiarului împreună cu experiența și circumstanțele practicianului sunt luate în considerare.

De exemplu, “strategiile obișnuite” de intervenție pentru a aborda problema persoanelor fără adăpost ar putea să nu fie cea mai bună alegere pentru persoanele care se confruntă și cu probleme de sănătate mintală sau consum de substanțe. Un studiu realizat de Padgett, Stanhope, Henwood și Stefancic în 2011³ menționează că „o treime dintre persoanele fără adăpost se confruntă cu o tulburare mintală gravă (schizofrenie, tulburare bipolară) și cel puțin jumătate dintre persoanele fără adăpost au probleme de abuz de substanțe sau o tulburare de consum de substanțe”. Indiferent dacă aceste probleme au precedat sau au intervenit ulterior situației de persoană fără adăpost, ele tind să se agraveze și să exacerbeze problema lipsei de adăpost spun autorii studiului. Pornind de la aceste constatări desprinse din cercetarea menționată, o căutare a dovezilor despre cele mai bune practici alternative, incluzând aceste caracteristici, vor conduce la intervenții mai bine calibrate și mai eficiente pentru categoria aceasta distinctă de beneficiari.

¹ În cadrul lucrării folosim interșanjabil dovezi și evidențe.

² Practicile promițătoare într-un domeniu sunt de obicei definite ca acele abordări sau metode care au demonstrat potențialul de a aduce îmbunătățiri semnificative în rezultatele, eficacitatea sau eficiența activităților sau proceselor din acel domeniu.

³ Padgett, D.K., Stanhope, V., Henwood, B.F. & Stefancic, A., 2011, Substance use outcomes among homeless clients with serious mental illness: Comparing Housing First with treatment first programs, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2916946/>

Jeffrey M. Jenson și Matthew O. Howard (2013) consideră că „practica bazată pe evidențe se află într-un punct de cotitură” în domeniul asistenței sociale. Pentru unii, spun autorii, “reprezintă o nouă și revoluționară abordare practică care promite să construiască legături mai solide între știință și asistența socială; alții însă o privesc ca pe “o încercare reambalată de a integra cercetarea și practica, care se confruntă cu probleme educaționale și de implementare”. Indiferent de perspectivă, continuă cei doi autori, “provocările pe care le ridică practica bazată pe evidențe pentru educația, practica și cercetarea în domeniul asistenței sociale sunt variate și complexe”.

CONTEXT

De Florin Lazăr

Asistenții sociali se confruntă adeseori cu situații în care trebuie să ia decizii cu privire la cele mai bune modalități de intervenție pentru un anumit beneficiar sau într-un anumit context. În aceste situații asistentul social face apel la diferite strategii. Spre exemplu se poate baza pe experiența anterioară sau pe cum a abordat un alt caz; o altă variantă este să se bazeze pe intuiție, pe ceea ce „simte” că este cea mai bună soluție; alteori alege să se consulte cu alți colegi, fie din aceeași organizație, fie din alte organizații, pentru a afla cum au abordat aceștia cazuri similare. Mai are și varianta să se limiteze la cadrul legislativ sau la modul obișnuit în care, în organizația în care lucrează, se abordează cazurile, fără a căuta alte modalități de intervenție. Sunt însă situații în care poate apela la căutarea unor informații în literatura de specialitate, în speranța că poate, în alte țări, a mai fost cineva care s-a confruntat cu dileme/situații similare și, eventual, a și scris despre asta, sau chiar a cercetat mai multe cazuri înainte de a scrie.

Practica bazată pe evidențe este o abordare relativ recentă în domeniul asistenței sociale fiind inspirată din domeniul medical, respectiv medicina bazată pe dovezi (Evidence-Based Medicine). În mod curent se consideră că evidențele se referă la cercetări, dar după unii autori, se poate considera că și informațiile obținute de practicieni din propria experiență de lucru pot constitui evidențe⁴. Jane Gilgun⁵ (2005: 52) consideră că practica bazată pe evidențe în asistență socială are 4 piloni pe care se fundamentează:

01

Cercetare și teorie;

02

Înțelepciune practică sau ceea ce învățăm de la clienți, inclusiv valorile profesionale;

03

Persoana practicianului sau valorile personale;

04

Ceea ce clienții aduc în **situațiile practice**.

Similar, McCracken și Marsh consideră că judecata/expertiza practicianului este esențială în luarea deciziei de intervenție din perspectiva PBE. Drisko și Friedman⁶ atrag atenția asupra unui demers apropiat, dar totuși diferit, „practica informată de cercetare” sau „intervențiile care se bazează pe date empirice/cercetări”. Principala diferență se referă la metodologia specifică PBE (pașii care sunt detaliați în capitolele următoare) care nu se regăsește atunci când practicianul/asistentul social folosește cercetări, doar pentru a se inspira sau pentru alege un tip anume de intervenție testată empiric.

⁴ McCracken, S. G., & Marsh, J. C. (2008). Practitioner expertise in evidence-based practice decision making. *Research on social work practice*, 18(4), 301-310.

⁵ Gilgun, J. F. (2005). The four cornerstones of evidence-based practice in social work. *Research on social work practice*, 15(1), 52-61.

⁶ Drisko, J. W., & Friedman, A. (2019). Let's clearly distinguish evidence-based practice and empirically supported treatments. *Smith College Studies in Social Work*, 89(3-4), 264-281.

De asemenea, Thyer și Pignotti⁷ atrag atenția că nu există practici bazate de cercetare pentru a nu confunda PBE cu practica informată de cercetări empirice. Spre exemplu, utilizarea terapiei ABA (Analiza Aplicată a Comportamentului) sau TEACCH (tratamentul și educarea copiilor cu autism și alte dizabilități de comunicare) în cazul copiilor cu tulburări din spectrul autist reprezintă intervenții specifice, cu eficiență dovedită, dar nu PBE. Utilizarea de cercetări pentru a informa practica asistentului social poate fi componentă a PBE, care însă reprezintă mai mult decât atât, prin includerea perspectivei beneficiarului, judecata specialistului și a valorilor profesionale, pe lângă cercetare și teorie⁸.

Când aud de cercetare, statistică, analiza datelor mulți asistenți sociali se tem și preferă să considere că cercetarea nu este ceva ce vor face sau de care să aibă nevoie. Realitatea este diferită, iar Grady și Dombo⁹ arată că, de fapt de multe ori, asistenții sociali sunt preocupați de cercetare, chiar dacă nu conștientizează/recunosc lucrul acesta. Spre exemplu, dacă se întreabă cum îi pot ajuta mai bine pe beneficiari, dacă ceea ce fac este relevant, schimbă situația beneficiarilor, dacă alți asistenți sociali lucrează diferit, toate acestea sunt, în realitate, tot atâtea motive/exemple de interes pentru cercetare.

În cercetarea CNASR din 2019 asupra competențelor asistenților sociali din România¹⁰ a reieșit că asistenții sociali din România utilizau în cea mai mică măsură competențe legate de practica bazată pe evidențe/dovezi, alegând, mai degrabă, să se bazeze pe intuiție decât pe consultarea literaturii de specialitate (cercetări). De asemenea, implicarea activă a beneficiarilor în procesul de intervenție și elaborarea de rapoarte scrise detaliate cu privire la intervențiile realizate obțineau cele mai mici scoruri (7,11, respectiv 7,15 pe o scală de la 1 la 10) dintre toate comportamentele considerate importante¹¹. Mihai Iovu și Patricia Runcan¹² și apoi alături și de Cosmin Goian¹³ au realizat primele micro-cercetări din România (după cunoștința noastră) cu privire la atitudini, cunoștințe, utilizare și bariere în utilizarea practicii bazate pe evidențe (PBE) de către asistenții sociali din România. Cele două studii cuprinzând 65, respectiv 80 de asistenți sociali, arată o atitudine mai degrabă pozitivă față de PBE, deși nivelul de cunoștințe și de utilizare nu era foarte ridicat. Barierele menționate în calea utilizării PBE cuprindeau: lipsa de timp necesar a fi dedicat căutării de materiale, percepția asupra imposibilității de a generaliza rezultatele la beneficiarii deserviți sau de a aplica la cazuri individuale cele identificate în alte contexte. Antonio Sandu, Elena Unguru și Ana Frunză¹⁴ au publicat o carte intitulată "Asistența socială bazată pe evidențe" în 2020 (a doua ediție apărând 2 ani mai târziu) în care prezintă diferite teme de interes pentru asistență socială în general și importanța cercetării, inclusiv un capitol despre practica bazată de evidențe.

Dezvoltarea unui ghid pentru asistenții sociali din România cu privire la utilizarea evidențelor științifice în activitatea practică (adică a practicii bazate pe evidențe) are la bază nevoia de consolidare a profesiei de asistent social din România, precum și de îmbunătățire a serviciilor oferite beneficiarilor direcți. Acest demers vine în completarea dezvoltării școlilor doctorale în domeniul asistenței sociale la Universitatea din București (din 2022) și la Universitatea de Vest din Timișoara (din 2023) și Universitatea „Aurel Vlaicu” din Arad (din 2023). În plus, Colegiul Național al Asistenților Sociali din România promovează utilizarea teoriilor, cercetărilor și dovezilor științifice în practica asistentului social (vezi Codul privind practica asistentului social din 2019), precum și participarea asistenților sociali la cercetări (ex. prin obținerea de credite profesionale).

⁷ Thyer, B.A., Pignotti, M. (2011) Evidence-Based Practices Do Not Exist. Clin Soc Work J 39, 328–333. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0358-x>

⁸ Gilgun, 2005; Drisko & Friedman, 2019; Thyer & Pignotti, 2011

⁹ Grady, M. D., & Dombo, E. A. (2016). Moving beyond assessment: A practical guide for beginning helping professionals. Oxford University Press.

¹⁰ Iovu, M. B., Lazăr, F., & Cristea, D. (2020). Competențele profesionale ale asistenților sociali. Tritonic. Iovu, M. B., & Lazăr, F. (2022). Social work competencies: a descriptive analysis on practice behaviours among Romanian social workers. European Journal of Social Work, 25(3), 457-470.

¹¹ Iovu & Lazăr, 2022

¹² Iovu, M. B., & Runcan, P. (2012). Evidence-based practice: knowledge, attitudes, and beliefs of social workers in Romania. Revista de cercetare si interventie sociala, 38, 54-70.

¹³ Iovu, M. B., Goian, C., & Runcan, P. L. (2015). Evidence-based practice among Romanian social workers: Attitudes, utilization, and barriers. Journal of evidence-informed social work, 12(5), 524-533.

¹⁴ Sandu, Unguru și Frunză (2020) "Asistența socială bazată pe evidențe. Tritonic, București.

Din 2016, una dintre comisiile operative din cadrul CNASR este Comisia de cercetare în asistență socială, sub egida căreia s-au derulat mai multe cercetări care au stat la baza eforturilor CNASR de advocacy pentru îmbunătățirea statutului asistenților sociali din România. Așadar, preocuparea pentru implementarea practicii bazate pe evidențe este din ce în ce mai mare, iar acest ghid este un pas important în dezvoltarea asistenței sociale din România.

PRACTICA BAZATĂ PE EVIDENȚE (PBE) ÎN ASISTENȚĂ SOCIALĂ:

Câteva explicații privind aplicarea modelului PBE și pașii acestuia

De Elena-Loreni Baci

01

Practica bazată pe evidențe în asistență socială - aspecte generale

Practica bazată pe evidențe în asistență socială se fundamentează pe modelul PBE în medicină¹⁵ și, în cea mai simplă accepțiune a sa, se referă la *integrarea celor mai bune dovezi de cercetare în procesul de luare a deciziilor cu privire la intervenția desfășurată de asistentul social cu beneficiarul său*.

Din această perspectivă, acest model de practică impune o nouă filosofie în activitatea de intervenție a asistenților sociali cu beneficiarii de asistență socială, respectiv aceea că elaborarea și implementarea planului de intervenție trebuie să se bazeze pe *dovezi științifice despre soluțiile care funcționează*.

¹⁵ Pentru a clarifica ce înseamnă practica bazată pe evidențe în asistență socială este important să începem discuția de acolo de unde a pornit acest model de practică, adică din domeniul medical. Practica bazată pe evidențe (PBE) a apărut în domeniul medicinei și se afirmă odată cu publicarea celei de-a doua ediții a cărții Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM¹⁵. În această lucrare, autorii menționează că medicina bazată pe evidențe constă în „integrarea celor mai bune dovezi de cercetare cu expertiza clinică și valorile pacientului”¹⁵. Autorii susțin că, atunci când aceste trei elemente sunt integrate, clinicienii și pacienții formează o alianță diagnostică și terapeutică care optimizează rezultatele clinice și calitatea vieții. De asemenea, ei menționează că nivelul de cunoaștere în PBE nu este nicidecum static, ci dimpotrivă, în continuă dinamică, informațiile noi care se acumulează având capacitatea de a invalida anumite teste de diagnostic și tratamente acceptate anterior, precum și de a promova altele noi, mai eficiente sau mai sigure. Astfel, practicienii au în permanență obligația de a se menține la curent cu aceste evoluții în cercetarea clinică și de a încorpora astfel de evoluții în îngrijirea zilnică acordată pacienților¹⁵.

Două elemente fundamentale ale PBE în medicină:

1. Obiectivul principal al PBE este acela de a facilita procesul de luare a deciziilor de informate cu privire la tratament, diagnostic sau prevenire, cu accent pe maximizarea eficacității, minimizând în același timp posibilitatea de ineficacitate sau de rezultate adverse. Explicație: Cu alte cuvinte, personalul medical care pune în aplicare acest model de practică, trebuie să se documenteze cu privire la descoperirile științifice privind eficacitatea tratamentelor potrivite pentru un anumit tip de afecțiune, să îl aleagă pe cel mai potrivit caracteristicilor pacientului (în ceea ce privește istoricul medical, stilul de viață, alimentație etc.), pentru a se asigura că, pe de o parte, obține cele mai bune rezultate în ameliorarea sau vindecarea afecțiunii, iar, pe de altă parte, că nu îi face rău în alte moduri pacientului.

2. Pentru a aborda în mod eficient cerințele pacienților și pentru a promova implicarea lor activă în procedurile de tratament, este imperativ ca aceștia să participe activ la planificarea tratamentului.

Explicație: Deși în cultura noastră încă este viabilă perspectiva că medicii sunt experți incontestabili în ceea ce privește îngrijirea sănătății și, deci, pacienții trebuie să urmeze întocmai tratamentul recomandat de medici, totuși, nu sunt rare situațiile în care pacienții pur și simplu fac abstracție de anumite recomandări ale medicilor, incluse în planul de tratament (de ex., cu privire la dietă, exerciții fizice, renunțare la consumul de alcool ori tutun etc.), pentru că nu înțeleg importanța urmării întregului plan de tratament în ansamblul său, nu doar în ceea ce privește administrarea de medicamente. De aceea, este recomandată implicarea pacientului inclusiv în etapa de planificare a tratamentului, astfel încât acesta să poată înțelege importanța fiecărei măsuri necesare pentru vindecarea/ recuperarea sa ori pentru ameliorarea stării de sănătate.

În acest ghid, vom evita pe cât posibil utilizarea terminologiei PBE în medicină, înlocuind-o cu terminologia specifică domeniului asistenței sociale. Sunt, însă, în cadrul materialului, anumite explicații în care nu se poate face abstracție de perspectiva medicală și de aceea, în paragrafele aferente, am păstrat terminologia originară, pentru a nu denatura înțelesul conceptelor.

Ce semnificație are această nouă filosofie pentru practica asistenței sociale și cum se distinge de alte modele de intervenție din domeniu?

01

Impune o schimbare de optică asupra procesului de luare a deciziilor cu privire la ce activități trebuie incluse în planul de intervenție pentru a obține cel mai bun rezultat cu beneficiarul: se vor selecta și discuta cu beneficiarul doar acele soluții pentru care există dovezi că funcționează. Acest element aduce o îmbunătățire atât probabilității de succes a intervenției, cât și duratei acesteia (pentru că se face economie de timp în aplicarea unor soluții care nu funcționează, prin eliminarea lor ca alternative).

02

Includerea dovezilor științifice în PBE nu este opțională, ci este un element esențial care trebuie integrat în procesul decizional.

03

Impune o responsabilitate etică și profesională practicianului, de a căuta în mod activ cele mai bune dovezi de cercetare, de a evalua credibilitatea științifică și relevanța acestora pentru circumstanțele specifice, valorile și preferințele beneficiarului și a le lua în considerare ca primele opțiuni de intervenție.

04

Conduce la creșterea prestigiului profesional al asistenților sociali, pentru că asigură fundamentarea deciziilor de intervenție pe dovezi științifice cu privire la viabilitatea soluțiilor aplicate.

Așadar, în acord cu această filosofie, PBE în asistență socială trebuie să respecte câteva condiții fundamentale¹⁶:

- se bazează pe consimțământul informat pentru intervenție, deci beneficiarul trebuie să fie consultat cu privire la planificarea acesteia și să înțeleagă motivele care au stat la baza selectării soluțiilor incluse în planul de intervenție;
- selectarea soluțiilor incluse în planul de intervenție se face pe criterii de eficacitate dovedite științific;
- argumentele utilizate pentru alegerea soluțiilor incluse în planul de intervenție sunt obținute prin consultarea literaturii de specialitate (adică publicații de profil, elaborate pe baza unor cercetări științifice);
- pentru fiecare intervenție, este utilizată o abordare sistematică, de validare a unor ipoteze (adică asistentul social pornește de la premisa că soluțiile alese pe baza consultării dovezilor științifice ar putea funcționa cel mai bine, pentru că au dovedit cea mai bună eficacitate în alte intervenții, însă dacă rezultatul obținut prin aplicarea lor nu este cel scontat, asistentul social va avea curiozitatea să caute explicații și să înțeleagă de ce soluția nu a funcționat în acest caz).

Deși aceste condiții sunt mai degrabă orientate clinic și pretabile practicii la nivel micro, majoritatea elementelor ar putea fi modificate pentru a cuprinde și aspecte ale practicii macro¹⁷ (intervenția cu comunitățile, de exemplu).

¹⁶ Persons, J. (1999). Evidence-based psychotherapy: A graduate course. Clinical Science, 2, 12.

¹⁷ McNeece, C.A., Thyer, B.A. (2004). Evidence-Based Practice and Social Work, Journal of Evidence-Based Social Work, 1:1, 7-25, DOI: 10.1300/J394v01n01_02

Modelul PBE în asistență socială pornește de la două premise:

- asistenții sociali lucrează cu multe tipuri de beneficiari, care se confruntă cu o mare varietate de probleme sociale;
- nu există soluții de intervenție care să funcționeze pentru orice tip de problemă socială și nici măcar care să funcționeze întotdeauna pentru toți beneficiarii care se confruntă cu același tip de problemă.

Date fiind aceste condiții este absolut rezonabil ca asistentul social, înainte de a lua decizia cu privire la intervenția pentru o anumită categorie de beneficiari, să reflecteze asupra celor mai potrivite soluții de intervenție pentru situația beneficiarului său. Însă, simpla reflecție nu este suficientă și de aceea modelul PBE impune căutarea activă de dovezi științifice.

Cu alte cuvinte, modelul PBE se aplică întotdeauna în raport cu *un beneficiar concret*, care are *anumite caracteristici specifice* și se confruntă cu una sau mai multe probleme clar identificate și definite.

În consecință, PBE în asistență socială pornește de la **nevoia asistentului social de a se documenta** cu privire la cele mai eficace și eficiente soluții de intervenție pentru un anumit beneficiar care se confruntă cu un anumit tip de problemă socială, astfel încât să poată derula intervenția cu succes.

02

Utilizarea modelului PBE și structura acestuia în asistență socială

Din punct de vedere al cronologiei etapelor de intervenție în asistență socială, PBE se aplică după ce etapa de evaluare a cazului s-a încheiat deja, iar asistentului social îi sunt clare toate aspectele necesare legate de caracteristicile beneficiarului și ale problemei cu care se confruntă acesta (vezi Fig. 1 mai jos).

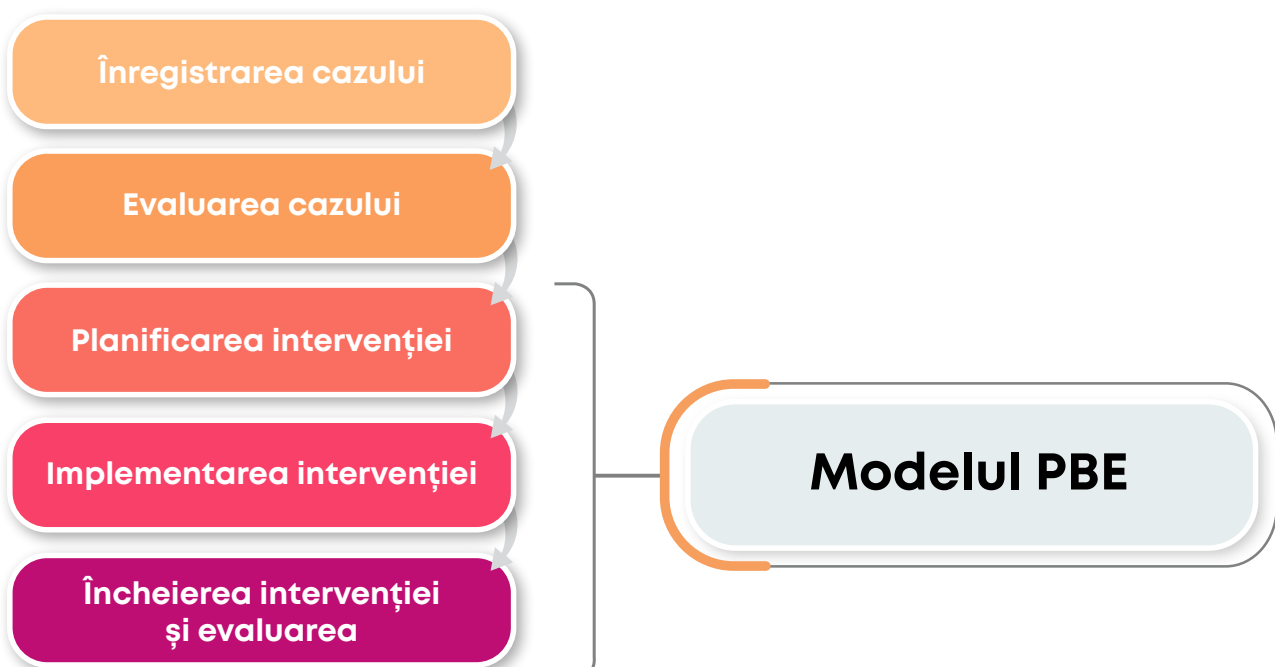


Fig. 1. Locul PBE din perspectiva cronologiei etapelor de intervenție (model generic)

Așadar, la modul concret, aplicarea acestui model de practică în asistență socială își găsește locul în cadrul etapelor de planificare, implementare, încheiere și evaluare a intervenției. Modelul în sine presupune parcurgerea unei serii de pași, într-o anumită succesiune.

Numărul și denumirea specifică a fiecărui pas diferă ușor de la un autor la altul, însă sintetizând unele dintre cele mai relevante lucrări din domeniu^{18, 19, 20, 21}, obținem următoarea structură și succesiune a pașilor PBE în asistență socială:

1. Transpunerea nevoii de informare a practicianului într-o întrebare la care pot fi găsite răspunsuri;
2. Identificarea celor mai bune dovezi de cercetare (evidențe);
3. Evaluarea critică a dovezilor găsite în termeni de validitate, semnificație și utilitate;
4. Integrarea dovezilor relevante cu propria expertiză clinică și valorile și circumstanțele beneficiarului;
 - 4.1. Discutarea cu beneficiarul a rezultatelor cercetării pentru a determina cât de mult se potrivesc opțiunile eficiente identificate cu valorile, preferințele și cultura acestuia;
 - 4.2. Elaborarea unui plan de intervenție luând în considerare opțiunile disponibile, pe baza sintezei nevoilor și circumstanțelor practice, a alegerilor beneficiarului și a datelor de cercetare relevante;
5. Implementarea intervenției;
6. Evaluarea eficacității intervenției pe bază de evidențe/dovezi.

În Fig. 2 am structurat un mod simplificat de a privi pașii PBE în asistență socială, din perspectiva practicianului implicat în proces, iar în secțiunea următoare vom detalia în ce constă implementarea fiecărui pas.

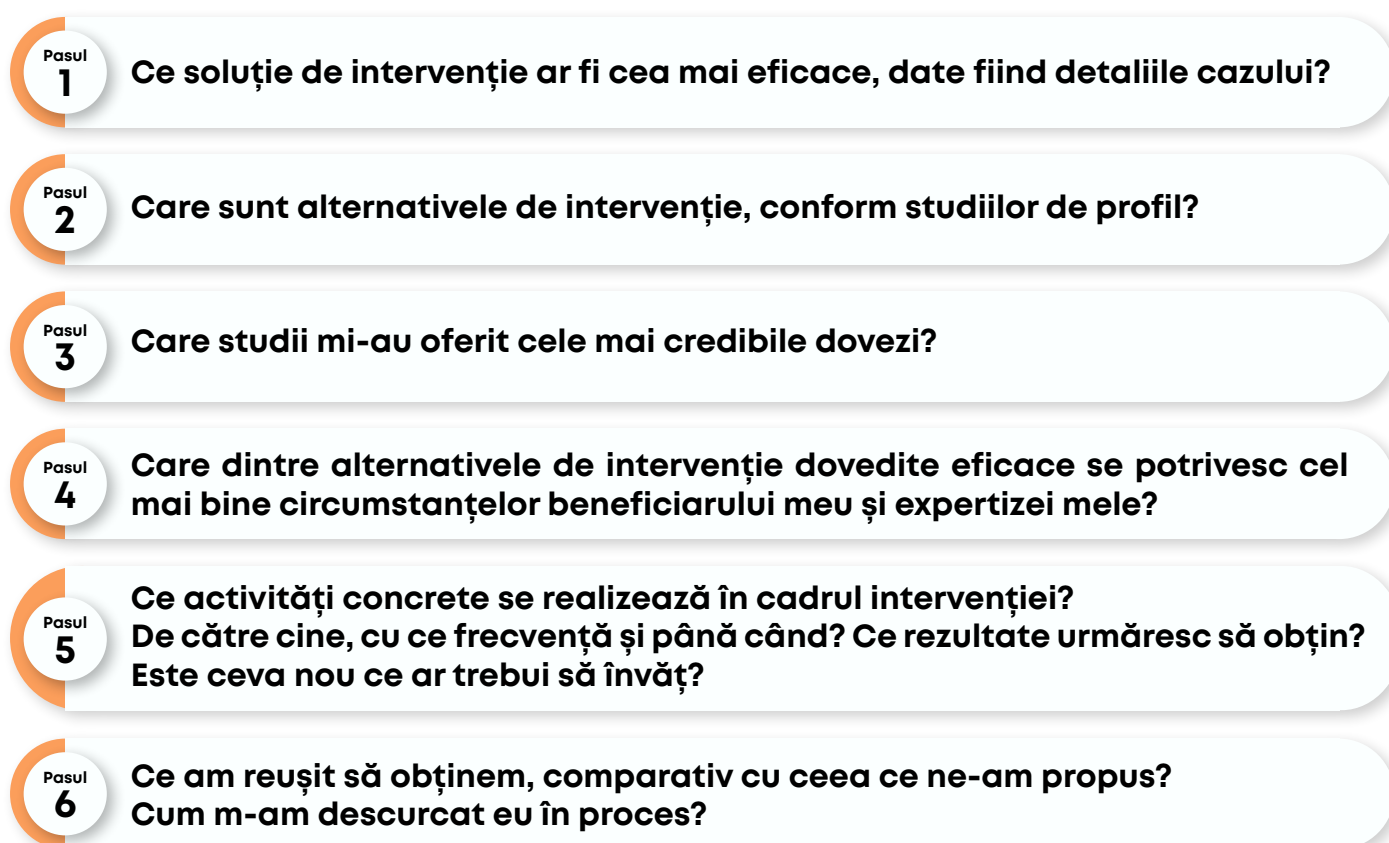


Fig. 2. Întrebările pe care și le adresează asistentul social la fiecare pas al modelului PBE

¹⁸ Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM (2nd ed.). New York: Churchill-Livingstone.

¹⁹ Gibbs, L. (2002). Evidence-based practice for the helping professions: A practical guide. New York: Brooks-Cole.

²⁰ Thyer, B. A. (2004). What is evidence-based practice?. Brief Treatment & Crisis Intervention, 4(2), 167-176, 10.1093/brief-treatment/mhh013

²¹ Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2019). Evidence-based practice in clinical social work. Second Edition, Springer.

PASUL 1

Transpunerea nevoii de informare a practicianului într-o întrebare la care pot fi găsite răspunsuri



Reamintim că, înainte de acest pas, asistentul social a realizat o evaluare detaliată, prin care a identificat circumstanțele specifice ale beneficiarului său și ale problemei cu care se confruntă acesta, iar acum se află în etapa în care reflectează asupra soluțiilor care funcționează cel mai bine pentru beneficiarul său. În cadrul PBE, modul în care se produce acest proces de reflecție trebuie să respecte anumite condiții, pentru a ne asigura că restul pașilor se desfășoară corespunzător.

Pentru a începe procesul PBE, asistentul social trebuie să identifice aspectele practice pe care are nevoie să le cunoască pentru a propune cele mai bune soluții pentru situația beneficiarului său²². Acest pas presupune cristalizarea nevoilor de informare ale practicianului cu privire la intervenție într-o întrebare relevantă pentru practică, la care să se poată furniza un răspuns (în sensul de a nu rezulta o întrebare retorică). Într-o anumită măsură, asistentul social pornește de la întrebarea „Ce nu știu?” și îi adaugă acele elemente specifice care sunt necesare pentru a particulariza intervenția, simplificând astfel și procesul de căutare de dovezi de cercetare de la pasul următor (vezi o schemă în Fig. 3). La finalul acestei sub-secțiuni veți găsi și o serie de modele de întrebări rezultate după parcurgerea corectă a pasului 1.

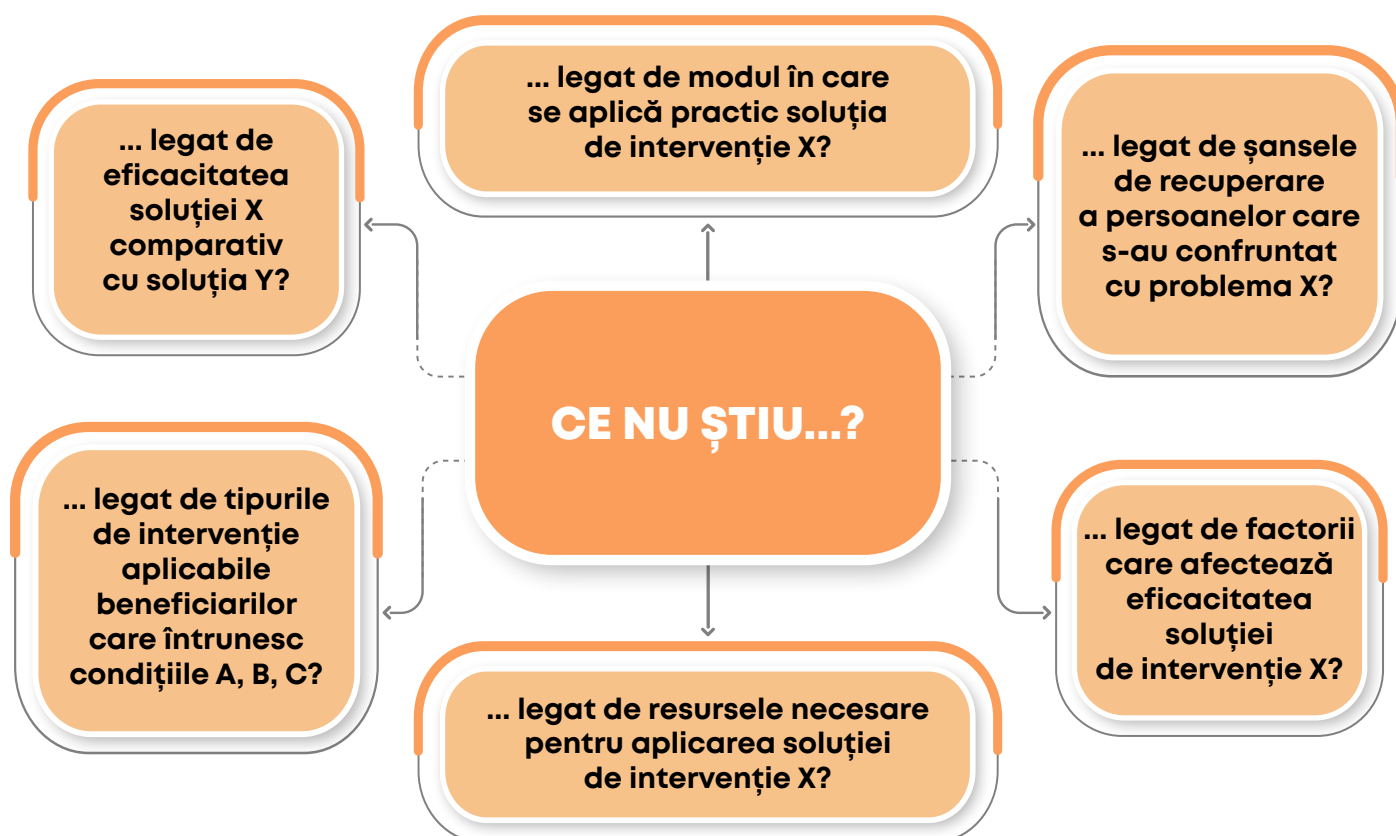


Fig. 3. „Scheletul” pe care asistentul social își construiește întrebarea de la pasul 1

²² Idem 10

Scopul acestui pas este, de fapt, acela de a delimita cât mai clar dovezile de cercetare care ne sunt necesare pentru a propune soluții eficace, astfel încât să ajungem exact la dovezile de care avem nevoie, evitând ca procesul de căutare în literatura de specialitate să se transforme într-o acțiune prea îndelungată sau fără rezultat.

O întrebare la care să se poată furniza un răspuns implică utilizarea unui cuvânt precum cine, ce, unde, când, cum sau de ce în combinație cu un verb și o disfuncționalitate, tulburare, afectare sau o altă circumstanță negativă a beneficiarului²³. Aceste întrebări sunt, de obicei, destul de uzuale între preocupările practicienilor de îmbunătățire a actului de intervenție. Relevanța întrebărilor este una foarte pragmatică, iar răspunsurile vor avea aplicații semnificative în tipul de intervenție aleasă.

Pentru a sprijini practicienii în formularea corectă a întrebărilor, au fost dezvoltate două modele: PICOT/PICO și COPES.

Sackett, Richardson, Rosenberg și Haynes²⁴ au dezvoltat un model specific pentru încadrarea întrebărilor PBE. Se numește modelul PICOT sau PICO. Pentru a concentra nevoile practice de informare ale clinicienilor, ei sugerează cinci dimensiuni. Fiecare dimensiune este menită să ajute la clarificarea unei anumite părți din nevoile beneficiarului în legătură cu PBE²⁵.

„P”

vine de la populație sau problemă, acel „cineva” sau „ceva” despre care trebuie să aflați informații. Scopul este de a descrie caracteristicile cheie ale beneficiarului și situația clinică.

„I”

vine de la intervenție. Pe baza evaluării clinice, care sunt nevoile-cheie de intervenție și servicii? Doriți să știți ce intervenție funcționează pentru o anumită disfuncționalitate/tulburare sau ce măsuri preventive ar putea limita extinderea manifestărilor negative? Scopul este de a fi clar în ceea ce privește tipurile de intervenții despre care doriți să aflați.

„C”

vine de la comparație. Există mai mult de o abordare a intervenției?

Dacă există mai multe abordări de intervenție, doriți să aflați dacă una este mai eficientă decât alta?

„O”

vine de la obiective. Ce fel de obiective concrete urmăriți pentru beneficiar? Urmăriți reducerea frecvenței de manifestare a anumitor disfuncționalități? Sau poate recuperarea completă a funcționării sociale? Sunt anumite manifestări negative mai importante de ameliorat decât altele, cel puțin la începutul intervenției? Există probleme legate de circumstanțele sociale de luat în considerare?

„T”

vine de la tipul de problemă. Prin procesul PBE se pot aborda probleme de diagnostic, alegere a soluțiilor de intervenție pentru reducerea manifestării negative, alegere a intervențiilor preventive și chiar cauzalitatea și cursul unei disfuncționalități. De aceea, este necesar să clarificați ce tip de problemă anume vizați.

²³ Idem 9

²⁴ Sackett, D., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (1997). Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone.

²⁵ Richardson, W., Wilson, M., Nishikawa, J., & Hayward, R. (1995). The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions [Editorial]. American College of Physicians Journal Club, 123, A12–A13.

Modelul PICO(T)

Populație sau problemă

Care sunt caracteristicile unui grup de beneficiari foarte asemănător cu beneficiarul meu?

INTERVENȚIE

Despre ce fel de intervenție vreau să mă documentez?

COMPARAȚIE

Care sunt alternativele principale la această intervenție?

OBIECTIVE

La ce rezultate sperăm eu și beneficiarul meu?
(Cum va fi obiectivul măsurat?)

(TIP DE PROBLEMĂ)

Ce tip de întrebare de intervenție adresez? (diagnoză, reducere frecvență manifestări, recuperare/reintegrare, cauzalitate și evoluție)

Sursa: Sackett et al., 1997 apud Drisko și Grady (2019)

Nu există o singură modalitate "corectă" de a construi o întrebare PICOT. Întrebarea ta ar trebui să includă elemente specifice circumstanțelor unice ale fiecărui beneficiar și valorilor acestuia. Uneori, aveți o situație care poate genera mai mult de o întrebare PICOT. Scrieți-le pe toate pentru a aborda fiecare căutare pe rând. Întrebările ar trebui să fie suficient de specifice pentru a vă ghida căutarea, dar nu atât de specifice încât să nu puteți găsi nici o dovadă.

Modelul COPES se referă la implicarea într-o căutare de dovezi practice orientată către beneficiar.

În acest cadru, sistemul beneficiar poate fi un beneficiar individual, indivizii dintr-o relație, o familie, un grup, o agenție sau instituție, un cartier sau o comunitate sau un sistem social mai larg.

Întrebările de practică formulate corect după modelul COPES au patru caracteristici²⁶:

1. Specifică tipul de beneficiar și problema. Practicianul identifică în mod specific sistemul beneficiar, problema cu care se confruntă acesta și contextul de practică în care intervenția ar putea avea loc. Aceasta se află în centrul abordării orientate către beneficiar – întrebarea COPES este esențială pentru bunăstarea sistemului client și a celor ale căror vieți sunt afectate de acesta.

²⁶ Gibbs, L. (2002). Evidence-based practice for the helping professions: A practical guide. New York: Brooks-Cole.

2. Menționează calea de acțiune. Aceasta implică identificarea unei posibile strategii de intervenție adresate problemei de practică identificate: dacă abordarea va fi o intervenție de redresare specifică, dacă vizează o acțiune preventivă, o măsurare pentru evaluarea unei probleme, un screening pentru a evalua riscul, un sondaj al beneficiarilor sau implicarea într-o altă acțiune specifică.

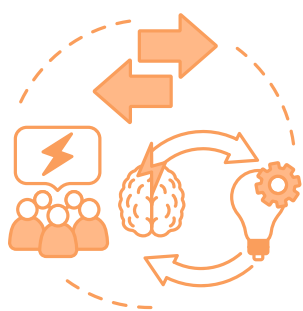
3. Identifică (și) alternativele de acțiune. În acest sens, asistentul social va identifica cel puțin un curs alternativ de acțiune pentru abordarea problemei identificate. Aceasta ar putea include, eventual: non-acțiunea (să nu faci nimic), observarea și monitorizarea în timp, sau aplicarea unei proceduri specifice de intervenție.

4. Stipulează rezultatele vizate. Cu alte cuvinte, asistentul social listează ce rezultate sunt așteptate în eventualitate încheierii intervenției cu succes. Acest lucru este direct legat de aspectele practice ale întrebării COPES – nu numai că are relevanță practică pentru beneficiar, ci și pentru asistenții sociali care se confruntă frecvent cu această problemă în practica lor de zi cu zi.

Modul de formulare a întrebării după modelul COPES conduce căutarea de dovezi, deoarece conține informații care să ghideze selecția termenilor cheie pentru o căutare electronică a literaturii și a altor surse adecvate de evidențe.

Câteva exemple de întrebări corect formulate la acest pas ar fi²⁷:

- » Ce tratamente de scurtă durată sunt cele mai eficiente în atenuarea simptomelor tulburării de stres posttraumatic?
- » Este tratamentul prin desensibilizare și reprocesare a mișcărilor oculare (EMDR) mai eficient decât tratamentul cognitiv-comportamental în tratarea supraviețuitorilor adulți ai abuzului sexual din copilărie?
- » Cât de validă este utilizarea păpușilor corecte din punct de vedere anatomic în identificarea copiilor care au fost abuzați sexual?
- » Este utilă tehnica jurnalului în recuperarea amintirilor reprimite ale episoadelor reale de abuz sexual din copilărie care au fost uitate în mod conștient?



PASUL 2

Căutarea celor mai bune evidențe/dovezi pentru a răspunde la întrebare

Localizarea dovezilor de cercetare poate fi făcută prin consultarea unor materiale de specialitate. Un aspect important de menționat este că, de cele mai multe ori, accesarea acestor resurse presupune competențe de limbă străină (recomandabil limba engleză).

Materialele pe care le putem folosi ca sursele de documentare sunt:

Cărți și reviste de specialitate - sunt resurse convenționale, care pot fi accesate atât în format printat cât și on-line. Principalul lor dezavantaj este perioada lungă de timp (uneori este vorba despre ani) care trece, de obicei, de la elaborarea materialului și până la publicarea acestuia²⁸.

²⁷ Thyer, B. A. (2004). What is evidence-based practice?. Brief Treatment & Crisis Intervention, 4(2), 167-176, 10.1093/brief-treatment/mhh013

²⁸ Idem 16

Exemple:

Weisz și Kazdin (2017) Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents,

Carr (2009) What Works with Children, Adolescents, and Adults?,

Roth și Fonagy's (2005) What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy, Fonagy și colab. (2015) What Works for Whom? A Critical Review of Treatments for Children and Adolescents (2nd ed.)

British Medical Journal's (or BMJ) (2009/2010) "Clinical Evidence Handbook"

(arhiva edițiilor online <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/journals/520/>).

Ghiduri de practică bazată pe evidențe (Evidence-based practice guidelines) sunt denumite și protocoale de practică sau algoritmi de tratament. Ele constau în pași concreți necesari pentru implementarea diferitelor intervenții (medicale sau psihosociale) pe care studiile de profil le indică drept recomandate pentru anumite probleme sau domenii de interes. Unele ghiduri de practică sunt specifice unei anumite discipline, dar cele mai multe sunt interdisciplinare atât în ceea ce privește publicul căruia i se adresează, cât și în tipurile de surse utilizate²⁹. Ghidurile de practică clinică sunt menite să îmbunătățească practica, furnizând inclusiv recomandări specifice de practică. Acestea se bazează pe recenzii sistematice, care evaluează atât beneficiile, cât și riscurile asociate diferitelor opțiuni de intervenție. Majoritatea sunt orientate medical și sunt definite prin diagnostic. Ghidurile bine elaborate oferă un rezumat al rezultatelor cercetării pentru o anumită problemă/tulburare, precum și o interpretare a cercetării de către grupurile de experți, constând într-un set de pași sau principii de intervenție pe care practicienii trebuie să le urmeze sau să le evite. Un dezavantaj al acestui tip de resursă este că standardele utilizate pentru stabilirea ghidurilor de practică variază foarte mult³⁰.

Baze de date cu resurse pentru PBE

Cochrane Collaboration este o rețea internațională cu sediul în Marea Britanie, care vizează îmbunătățirea procesului de luare a deciziilor în sănătate pe baza informațiilor de înaltă calitate rezultate din cercetare. Cochrane Collaboration's Library of Systematic Reviews găzduiește o vastă compilație online de dovezi de cercetare relevante inclusiv pentru practica clinică de asistență socială. Biblioteca Cochrane (www.cochranelibrary.com) oferă rezumate amănunțite ale cercetărilor, organizate în funcție de diagnostic. Sunt abordate probleme medicale și de sănătate mintală, iar clinicienii pot găsi un rezumat concis al cercetărilor relevante disponibile cu privire la diagnosticul pe care îl caută.

Pentru servicii sociale, justiție penală și programe educaționale, Campbell Collaboration (www.campbellcollaboration.org), o rețea internațională de cercetare în științe sociale care produce sinteze de dovezi din cercetare, oferă rezumate similare ale unor cercetări de înaltă calitate. Spre deosebire de Cochrane Collaboration, Campbell Collaboration vizează probleme sociale și nu folosește abordarea impusă de modelul medical. Biblioteca online Campbell Collaboration (<https://campbellcollaboration.org/library.html>) oferă o colecție largă de recenzii detaliate ale cercetărilor privind intervențiile și programele de servicii sociale.

²⁹ Idem 16

³⁰ Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2019). Evidence-based practice in clinical social work. Second Edition, Springer.



PASUL 3

Evaluarea critică a dovezilor găsite în termeni de validitate, semnificație și utilitate

După identificarea informațiilor relevante de cercetare referitoare la problema clinică, etapa ulterioară a procesului de luare a deciziilor în PBE implică evaluarea relevanței și a calității dovezilor găsite. Accentul trece de la simpla căutare și colectare de informații, la evaluarea și analiza riguroasă a acestora.

Autorii de profil ne avertizează că este esențial să ținem cont de faptul că numeroase resurse de informare și documentare își afirmă adesea eficacitatea „bunelor practici” și „tratamentelor bazate pe evidențe” utilizând criterii foarte diverse sau chiar dovezi științifice insuficiente. Există chiar și lucrări și publicații academice care susțin superioritatea anumitor metodologii sau intervenții etichetate drept „bune practici” sau „sprijinite empiric” fără a utiliza, însă, criterii care să asigure o calitate științifică a dovezilor.

Programele care sunt considerate susținute empiric sau sprijinite de cercetare dețin, de obicei, cel puțin un studiu care le validează eficacitatea. Cu toate acestea, este important de menționat că cercetarea care susține aceste intervenții poate să nu fie neapărat de natură experimentală sau de calitate superioară.

Conform modelului stabilit de Asociația Americană de Psihologie, tratamentele care sunt considerate „susținute empiric” trebuie să îndeplinească criterii specifice. Mai exact, aceste tratamente, pentru a fi clasificate ca atare, trebuie să aibă cel puțin două studii cu design experimental, axate pe evaluarea rezultatului tratamentului, sau minimum zece studii cu un singur subiect și cu măsurători multiple³¹.

În prezent, există ierarhii care stabilesc calitatea științifică relativă a evidențelor (care afirmă că anumite tipuri de dovezi sunt mai bune decât altele) și o ordonează în funcție de designul de cercetare utilizat, rezultând astfel o așa-numită „piramidă a dovezilor” științifice. Ierarhia dovezilor de cercetare în medicina bazată pe evidențe este bine stabilită și instituționalizată prin activitatea Cochrane Collaboration. Campbell Collaboration a căutat să reproducă standardele de dovezi medicale ale Cochrane Collaboration în domeniile științelor sociale ale educației, criminologiei și bunăstării sociale.

În ceea ce privește PBE în asistență socială, există o serie de rezerve în acceptarea acestor ierarhii ca atare, deoarece nu toate tipurile de design de studiu utilizate în medicină sunt aplicabile și în asistență socială.

³¹ Idem 19

Redăm mai jos (vezi fig. 4) o formă a piramidei evidențelor în practica medicală, rezultată din adaptarea mai multor modele furnizate de diverși autori:

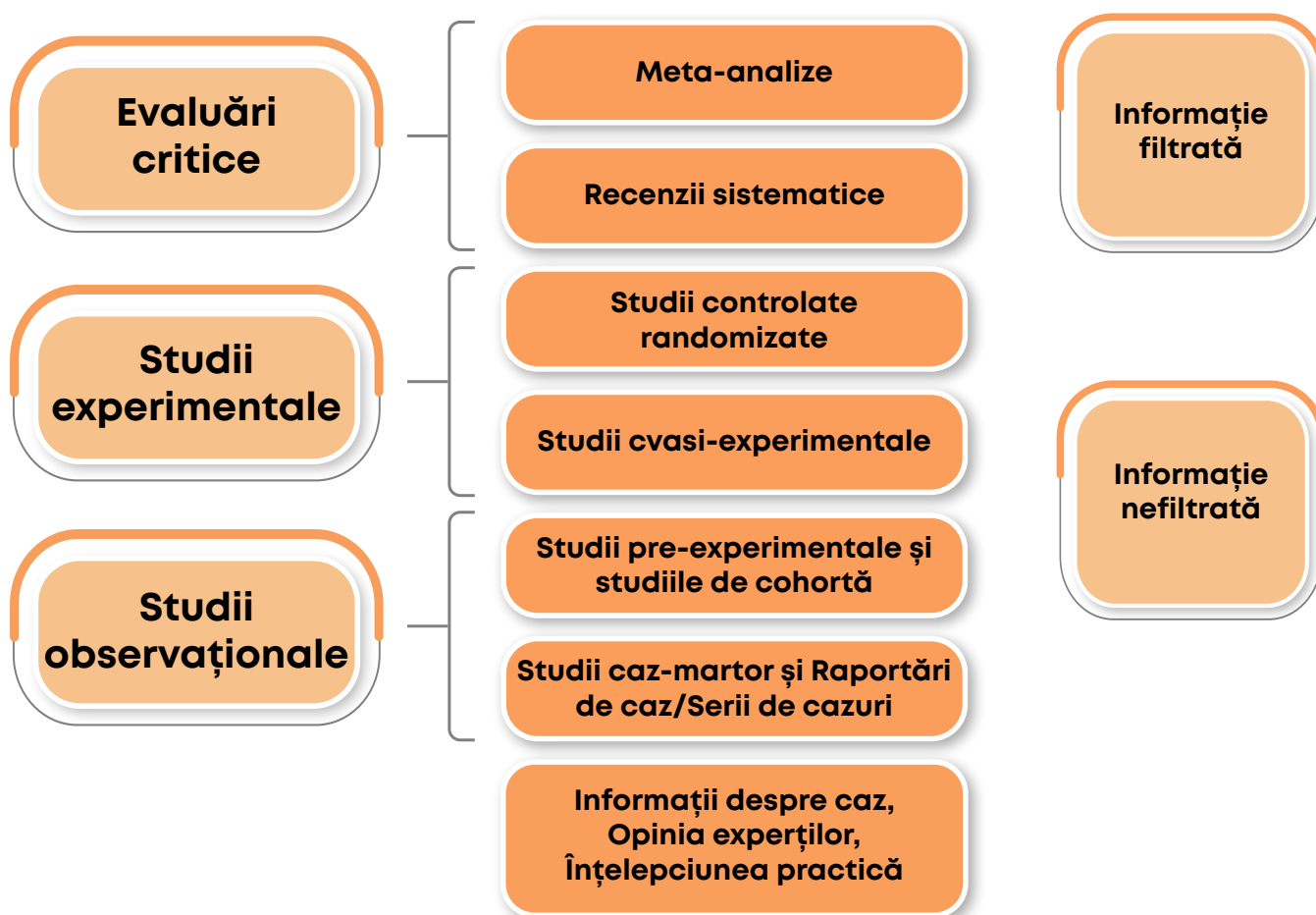


Fig. 4. Piramida evidențelor în practica medicală - adaptare prin concilierea opiniei mai multor autori (adaptare după: Minkov, 2014; Baur, 2021; McNeece și Thyer, 2004; Drisko și Grady, 2019)

Câteva informații despre specificul designului de cercetare regăsit la fiecare nivel al acestei ierarhizări

Meta-analiza (en. *Meta-analysis*) este o tehnică statistică pentru combinarea datelor din mai multe studii pe un anumit subiect³². Este un design de studiu cantitativ, formal, epidemiologic, utilizat pentru a evalua sistematic cercetările anterioare pentru a trage concluzii despre un anumit subiect. Rezultatele unei meta-analize pot include o estimare mai precisă a efectului intervenției sau a factorului de risc pentru problema abordată decât orice studiu individual care contribuie la analiza grupată. Examinarea variabilității sau eterogenității rezultatelor studiului este, de asemenea, un rezultat critic al acestei tehnici. Beneficiile meta-analizei includ o revizuire consolidată și cantitativă a unui corp de literatură mare, complex și uneori divergent³³.

³² Cochrane UK (2016, 2 decembrie). Meta-analysis: What, Why and How? Cochrane UK, <https://uk.cochrane.org/news/meta-analysis-what-why-and-how>

³³ Haidich, A-B. (2010). Meta-analysis in medical research. Hippokratia 14.Suppl 1 (2010): 29-37.

Recenzia sistematică (en. *Systematic review*) sintetizează rezultatele din toate studiile disponibile într-un anumit domeniu și oferă o analiză amănunțită a rezultatelor, punctelor forte și punctelor slabe ale studiilor colectate. Aceasta implică, de obicei, un plan detaliat și cuprinzător și o strategie de căutare derivate a priori (cu scopul de a evita părtinirea) prin identificarea, evaluarea și sintetizarea tuturor studiilor relevante pe un anumit subiect. Adesea, recenziile sistematice includ și o componentă de meta-analiză³⁴.

Studiile controlate randomizate (en. *Randomized Controlled Trials - RCT*) implică un design experimental. În acest tip de studiu, subiecții sunt alocați aleatoriu în grupuri de intervenție și de control. Grupul de intervenție primește intervenția aflată sub investigație și celălalt nu primește nici o intervenție, primește placebo sau primește o intervenție standard. Un studiu controlat randomizat „dublu orb” este considerat cel mai fiabil test sau design de studiu și oferă cel mai puternic suport pentru o relație de tip cauză-efect. Dezavantajele acestor studii sunt că pot fi foarte costisitoare, precum și problematice din punct de vedere etic³⁵. Scopul designului experimental randomizat este de a determina rezultatele intervenției prin măsurarea caracteristicilor grupului înainte și după intervenție și compararea grupului experimental cu grupul de control. Aceste studii au o validitate internă puternică, adică se poate spune cu un grad ridicat de certitudine că „în acest context, această intervenție specifică a dus la aceste rezultate pentru acești oameni anume”³⁶.

Studiile cvasi-experimentale (en. *Quasi-experimental studies*) sunt tot experimentale în natura lor³⁷, comparația statistică realizându-se ca într-un RCT, dar alocarea subiecților pe grupe nu este aleatorie, ci este făcută de către echipa de cercetare, pe diverse criterii, adesea practice ori logistice³⁸, ori pe utilizarea unor grupuri naturale sau convenabile pentru a efectua tratament sau intervenții de control (de exemplu, folosirea persoanelor de pe lista de așteptare ca grup de control). Pentru a compara grupurile, participanții la grupurile de intervenție și non-intervenție/alternative la intervenție trebuie să fie potriviți în funcție de criterii relevante³⁹. De exemplu, beneficiarii care aleg să primească terapie individuală ar putea fi comparați cu beneficiarii cu probleme similare care aleg terapia de grup ca modalitate de intervenție preferată. Astfel, se va realiza o comparație între eficacitatea relativă a terapiei de grup versus individuală. Faptul că beneficiarii își aleg singuri varianta de intervenție înseamnă că este posibil ca cele două grupuri să nu fie echivalente în ceea ce privește factorii demografici sau psihosociali care caracterizează membrii acestora, ceea ce face ca inferențele cu privire la rezultatele comparative ale celor două tipuri de intervenție să fie dificil de atribuit doar tipului de intervenție în sine⁴⁰.

Studiile pre-experimentale (en. *Pre-experimental group studies*) și *Studiile de cohortă* (en. *Cohort Studies*). Studiile pre-experimentale nu dispun de grupuri de control și pot consta fie doar în evaluarea rezultatelor, cum ar fi nivelul de îmbunătățire a funcționării beneficiarului după primirea unui serviciu (în acest caz, studiul este de tip post-test), fie în evaluarea funcționării beneficiarului înainte și după intervenție, cumularea rezultatelor pentru un eșantion suficient de mare de beneficiari cu probleme similare și agregarea acestora, pentru a vedea dacă situația lor s-a îmbunătățit după intervenție comparativ cu perioada dinainte de aceasta (în acest caz, studiul fiind de tip pre-test-post-test). Acest tip de studii pot permite inferențe cu privire la schimbările medii în rândul membrilor grupului, dar de obicei nu permit cercetătorului să concluzioneze cu încredere dacă intervenția a fost cea care a cauzat în mod specific oricare din îmbunătățirile observate,

³⁴ Uman, L.S. (2011) Systematic Reviews and Meta-Analyses, J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 20(1): 57–59.

³⁵ Minkov, D. (2014, 29 aprilie). The Evidence-Based Medicine Pyramid! Students for Best Evidence, <https://s4be.cochrane.org/blog/2014/04/29/the-evidence-based-medicine-pyramid/>

³⁶ Gray, M., Plath, D., & Webb, S. (2009). Evidence-based social work: A critical stance. Routledge, p. 32

³⁷ Baur, C. (2021, 17 noiembrie). What is the Hierarchy of Evidence? Research Square, <https://www.researchsquare.com/blog/what-is-the-hierarchy-of-evidence>

³⁸ Schmidt, W.-P. (2017). Randomised and non-randomised studies to estimate the effect of community-level public health interventions: definitions and methodological considerations. Emerging Themes in Epidemiology, 14(1). doi:10.1186/s12982-017-0063-5

³⁹ Gray, M., Plath, D., & Webb, S. (2009). Evidence-based social work: A critical stance. Routledge.

⁴⁰ McNeece, C.A., Thyer, B.A. (2004). Evidence-Based Practice and Social Work, Journal of Evidence-Based Social Work, 1:1, 7-25, DOI: 10.1300/J394v01n01_02

⁴¹ Idem 29

deoarece modificările pot fi cauzate nu de intervenție, ci de factori nespecfici, cum ar fi trecerea timpului, evaluări repetate, influențe de tip placebo etc.⁴¹

Studiile de cohortă, denumite și studii longitudinale sau epidemiologice, urmăresc un grup mare de subiecți pe o perioadă lungă de timp pentru a vedea modul în care expunerile la diferiți factori le afectează rezultatele. Acest tip de studiu este utilizat în mod normal pentru a analiza efectul factorilor de risc suspecți care nu pot fi controlați experimental (de exemplu, efectul fumatului asupra cancerului pulmonar). Aceste studii sunt frecvent utilizate pentru a determina efectele pe termen lung ale unui stil de viață, diete sau alte intervenții. Studiile de cohortă pot include un al doilea grup, care nu s-a angajat în aceeași intervenție, pentru comparație și control^{42, 43}.

Studiile caz-control (en. Case-controlled Studies) și Raportări de caz/serii de cazuri (en. Case series/ Reports). Studiile de caz-control implică un design pentru evaluarea intervențiilor, în cadrul căruia se compară grupuri de cazuri care au avut rezultate contrastante și apoi se colectează date despre factorii care ar putea explica diferența de rezultate⁴⁴. Informațiile despre grupuri sunt colectate, de obicei, retrospectiv, pentru a găsi asocieri între caracteristica rezultatului și expunerea la anumite experiențe, intervenții sau factori de risc. Un exemplu de studiu caz-control ar fi comparația dintre un grup de femei care suferă de depresie și un grup de femei fără depresie, în ceea ce privește expunerea la episoade de violență de-a lungul vieții⁴⁵. Raportările de caz/seriile de cazuri includ, de obicei, doar câțiva participanți cărora li se acordă o intervenție și o urmărire similară. Aceste studii sunt efectuate în primele etape ale cercetării pentru a ajuta la identificarea variabilelor care ar putea prezice o afecțiune. Unul dintre punctele slabe ale acestor modele este că există un număr mic de participanți și, deseori, aceștia nu sunt randomizați⁴⁶.

Informațiile despre caz (en. Background information), Opinia experților (en. Expert opinion), Înțelepciunea practică (en. Practice wisdom). Informațiile de fond despre caz sunt importante și utile. Cu toate acestea, atunci când sunt luate de sine stătător, aceste dovezi pot fi puternic influențate de credințe, valori și opinii⁴⁷. Opinia experților este, de asemenea, foarte predispusă la părtinire. Experții sunt mai susceptibili să aleagă selectiv evidențe care confirmă ipotezele sau convingerile lor anterioare, pot fi mai predispuși la conflicte de interese și pot fi atât de selectiv concentrați pe un domeniu încât să piardă din vedere imaginea mai amplă⁴⁸. Înțelepciunea practică face referire la un mix de motive morale, raționale, pragmatice și profesionale pe care practicienii își bazează intervențiile. Deși folosirea acestui tip de dovezi a atras critici din cadrul adepților practicii bazate pe evidențe⁴⁹, sunt autori care avertizează cu privire la riscurile ignorării complete a cunoștințelor clinice ale practicienilor în fundamentarea deciziilor de intervenție⁵⁰. Alți autori⁵¹ mai încadrează în această categorie și rapoartele anecdotice de caz (rapoarte de caz bazate pe o serie de observații sau situații speciale), care au o limitare majoră în sensul că nu permit deosebirea concluziilor eronate de cele corecte.

Drisko și Grady (2019) subliniază că, deși cercetarea experimentală produce informații fiabile, totuși, dovezile obținute prin intermediul ei se referă la o serie de constructe concepute în circumstanțe controlate, de laborator, și deci desprinse oarecum de realitate (care este mult mai complexă și mai incertă), făcând astfel ca aplicabilitatea și utilitatea mai largă a acestor tipuri de evidențe să fie limitate în domeniul asistenței sociale.

⁴² Minkov, D. (2014, 29 aprilie). The Evidence-Based Medicine Pyramid! Students for Best Evidence, <https://s4be.cochrane.org/blog/2014/04/29/the-evidence-based-medicine-pyramid/>

⁴³ Rubin, A., Babbie, E.R. (2009). Research Methods for Social Work. Seventh Edition, Brooks/ Cole

⁴⁴ Idem 32

⁴⁵ Gray, M., Plath, D., & Webb, S. (2009). Evidence-based social work: A critical stance. Routledge.

⁴⁶ Idem 31

⁴⁷ Idem 31

⁴⁸ Baur, C. (2021, 17 noiembrie). What is the Hierarchy of Evidence? Research Square, <https://www.researchsquare.com/blog/what-is-the-hierarchy-of-evidence>

⁴⁹ Gray, M., Plath, D., & Webb, S. (2009). Evidence-based social work: A critical stance. Routledge.

⁵⁰ Charlton, B.G. (1997). Restoring the balance: evidence-based medicine put in its place. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 3(2), 87–98.

⁵¹ Thyer, B. A. (2004). What is evidence-based practice?. Brief Treatment & Crisis Intervention, 4(2), 167-176, 10.1093/brief-treatment/mhh013.

Spre deosebire de practica medicală, cercetarea eficienței în practica asistenței sociale pune o serie de probleme deosebite în ceea ce privește standardizarea intervențiilor, randomizarea și asigurarea validității externe. O serie de întrebări legate de practica asistenței sociale își vor găsi răspunsurile prin derularea unor studii experimentale, însă asistenții sociali se confruntă cel mai adesea cu întrebări practice pentru anumite contexte și situații specifice (unice), în care nu există răspunsuri fără echivoc. Așadar, aceștia au nevoie de o gamă variată de informații care să sprijine și să justifice luarea deciziilor în intervenție.

Aici își găsește rolul cercetarea calitativă, care oferă un alt tip de dovezi față de cele generate de abordările experimentale, dovedindu-se mult mai utilă în înțelegerea naturii, calității și contextului intervențiilor. Caracteristicile practicii în asistență socială, modul în care funcționează aceasta, tipul de beneficiari și obiectivele intervenției, standardele de practică și valorile profesionale, varietatea metodelor utilizate în funcție de particularitățile asistentului social, contextul cultural sau organizațional, sunt toate aspecte care fac cercetarea calitativă compatibilă cu domeniul asistenței sociale⁵². Așadar, în asistență socială, studiile calitative pot oferi informații despre natura și caracteristicile unor fenomene complexe, ajutându-ne să înțelegem importanța și relevanța intervențiilor în viața beneficiarilor⁵³. Cu toate acestea, foarte mulți autori contestă valoarea studiilor de tip calitativ în evaluarea rezultatelor asistenței sociale, deoarece consideră că această metodologie reușește să surprindă doar reacțiile subiective ale beneficiarilor serviciilor și nu să determine obiectiv îmbunătățirile semnificative în funcționarea acestora⁵⁴.

De asemenea, cercetarea cu metode mixte (cantitative și calitative), care face legătura între metodologiile experimentale (cantitative) și interpretative (calitative) în cercetarea socială, ne permite să studiem rezultatele și eficacitatea intervențiilor de asistență socială, dar și să înțelegem procesele implicate în aceste intervenții^{55, 56}, fiind extrem de utilă în stabilirea și justificarea deciziilor de intervenție în practica asistenței sociale.

Ca și concluzie generală, studiile de rezultat (care își propun să măsoare eficacitatea unei intervenții) proiectate prospectiv sunt văzute ca fiind mai credibile decât studiile proiectate retrospectiv, iar constatările obținute de cercetători independenți în diferite tipuri de servicii, cu beneficiari diferiți, sunt văzute ca fiind mai fiabile decât rezultatele consecutive raportate de un singur cercetător sau o singură echipă de cercetare⁵⁷.

În încheiere, ar mai fi de menționat că, legat de acest pas, autorii de profil^{58, 59} subliniază faptul că procesul decizional al PBE solicită asistenților sociali să utilizeze „cele mai bune dovezi disponibile”. Adică, atunci când nu există alte alternative mai bune, este perfect acceptabil ca justificarea alegerii unui anumit tip de intervenție să se bazeze pe rezultatele unei cercetări de tip studiu de caz sau chiar pe „înțelepciunea practică”.

⁵² Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2019). Evidence-based practice in clinical social work. Second Edition, Springer.

⁵³ Shaw, I. (1999). Qualitative evaluation. London: Sage.

⁵⁴ McNeece, C.A., Thyer, B.A. (2004). Evidence-Based Practice and Social Work, Journal of Evidence-Based Social Work, 1:1, 7-25, DOI: 10.1300/J394v01n01_02⁵⁵ D

⁵⁶ Idem 41

⁵⁷ Idem 43

⁵⁸ Idem 41

⁵⁹ Idem 43

Prezentăm mai jos un exemplu de ghid de evaluare critică pentru revizuirile sistematice.

Evaluarea critică a revizuirilor sistematice (en. Systematic Review)

Detalii preliminare:

Autor(i):

Titlul studiului:

Sursa:

Este revizuirea relevantă pentru întrebarea mea clinică? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Revizuirea sistematică abordează o întrebare clar definită? ☐ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Ce întrebare - PICO (T) - a abordat revizuirea sistematică?

Ce este cel mai bine?	Unde găsesc informațiile?	În acest studiu?
Întrebarea ar trebui să fie formulată clar. De exemplu, un tip de intervenție și cele mai importante rezultate sunt adesea exprimate ca fiind într-o relație directă.	Titlul, rezumatul sau ultimul paragraf al introducerii ar trebui să formuleze în mod clar întrebarea.	☐ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Este sigur să spunem că studiile importante și relevante nu au fost omise?

Ce este cel mai bine?	Unde găsesc informațiile?	În acest studiu?
O strategie de căutare cuprinzătoare ar trebui să includă căutarea subiectelor în toate bazele de date relevante, căutarea manuală a listelor de referințe și contactul cu experții. Ar trebui utilizată o combinație de termeni de subiect și cuvinte cheie.	Secțiunea METODE ar trebui să descrie strategia de căutare. Secțiunea REZULTATE ar trebui să indice numărul de studii revizuite și excluse - cu motivele excluderii.	☐ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Au fost utilizate criterii pentru selectarea articolelor astfel încât să fie realizată o includere adecvată?

Ce este cel mai bine?	Unde găsesc informațiile?	În acest studiu?
Includerea sau excluderea studiilor ar trebui să fie clar predefinite. Criteriile de eligibilitate ar trebui să fie formulate pe baza populației, intervențiilor și rezultatelor. În multe cazuri, designul studiului va fi, de asemenea, o componentă cheie.	Secțiunea METODE ar trebui să descrie în detaliu criteriile de includere și excludere.	☐ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Au fost studiile incluse suficient de valide?

Ce este cel mai bine?	Unde găsesc informațiile?	În acest studiu?
Articolul ar trebui să descrie modul în care a fost evaluată calitatea fiecărui studiu folosind criterii prestabilite adecvate tipului de întrebare specifică/ clinică: de ex. randomizare, orbire și completitudinea urmăririi.	Secțiunea METODE ar trebui să descrie evaluarea calității și criteriile folosite. Secțiunea REZULTATE ar trebui să furnizeze informații despre calitatea studiilor individuale.	☐ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Au fost rezultatele similare de la un studiu la altul?

Ce este cel mai bine?	Unde găsesc informațiile?	În acest studiu?
Ideal, rezultatele studiilor incluse ar trebui să fie similare sau omogene. Dacă este prezentă heterogenitatea ⁶⁰ , ar trebui estimată semnificația statistică și explorate posibile motive.	Secțiunea REZULTATE ar trebui să menționeze dacă rezultatele sunt heterogene. Pentru a identifica heterogenitatea, puteți evalua vizual forest plot ⁶¹ sau efectua un test statistic: testul Chi-pătrat ⁶² .	☐ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Care sunt rezultatele?

O revizuire sistematică furnizează un rezumat al datelor din mai multe studii individuale. Dacă studiile individuale sunt similare, se folosește o metodă statistică numită meta-analiză pentru a combina rezultatele. Meta-analiza atribuie valori ponderate fiecărui studiu în funcție de mărimea sa. Rezultatele studiilor individuale ar trebui să fie exprimate într-un mod comun - de exemplu, risc relativ, raport de șanse sau diferența medie între grupuri - și sunt, de obicei, afișate într-o figură numită forest plot.

Adaptat după 'Foaia de evaluare critică pentru revizuirile sistematice' de la Centrul pentru Medicină Bazată pe Dovezi, disponibil la <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1567>

⁶⁰ Heterogenitatea dintre studiile incluse într-o revizuire sistematică se definește prin diferențele semnificative sau incompatibilitățile dintre acestea în ceea ce privește rezultatele, metodele sau caracteristicile populațiilor studiate

⁶¹ Un "forest plot" (grafic forestier) este o reprezentare grafică utilizată în analizele meta sau revizuirile sistematice pentru a prezenta rezultatele individuale ale studiilor incluse și pentru a arăta contribuția fiecărui studiu la rezultatul general al sintezei. Forest plot-urile sunt frecvent utilizate pentru a ilustra rezultatele din studii clinice sau epidemiologice și sunt utile pentru a evalua heterogenitatea între studii.

⁶² Testul Chi-pătrat (sau testul χ^2) este o metodă statistică utilizată pentru a evalua dacă există o asocierie sau o corelație semnificativă între două sau mai multe variabile categorice. Acest test se bazează pe comparația între frecvențele observate ale diferitelor categorii și frecvențele așteptate sub o ipoteză nulă. Este utilizat într-o varietate de domenii, inclusiv cercetarea socială, epidemiologie, și altele, pentru a evalua relații între variabilele categorice, cum ar fi sexul și preferințele politice, frecvența bolilor și factorii de risc etc.



PASUL 4

Integrarea evidențelor relevante cu propria expertiză și valorile și circumstanțele beneficiarului

În procesul PBE, dovezile empirice (rezultate din cercetare) trebuie integrate cu experiența profesională a practicianului și cu circumstanțele, valorile și preferințele beneficiarului⁶³ (vezi fig. 5).

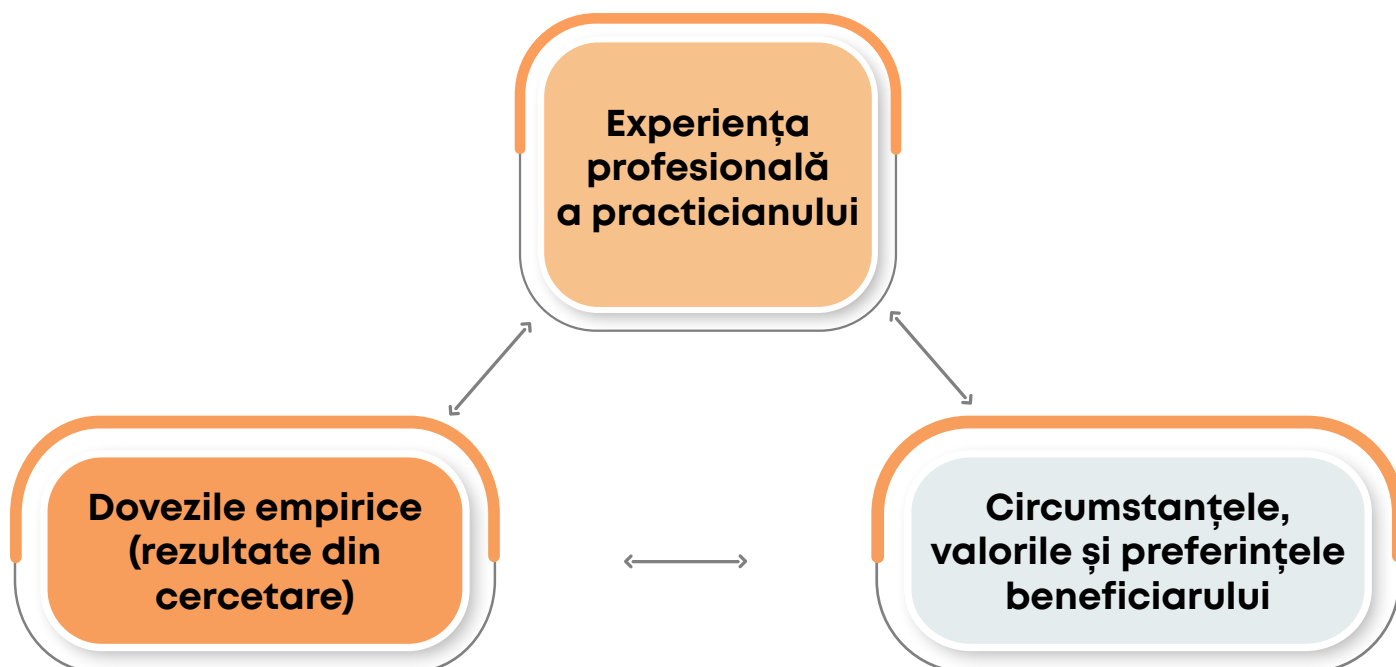


Fig. 5. Componentele principale care cântăresc în luarea deciziilor de intervenție în modelul PBE

Un model care poate fi folosit pentru luarea deciziilor informate și bazate pe dovezi este modelul D.E.C.I.D.E care oferă o abordare structurată a etapelor PBE asigurând evaluarea potrivirii între evidențe/dovezi, experiența asistentului social și prioritățile individuale ale beneficiarului.

Modelul D.E.C.I.D.E

„D”

DEFINEȘTE întrebarea ta (Pasul 1), adună dovezi (Pasul 2), evaluează critic dovezile (Pasul 3).

Întreabă-te!

- Care este întrebarea mea?
- Am adunat dovezi?
- Ce am învățat din dovezile colectate de la beneficiari?
- Care este calitatea și puterea/greutatea dovezilor provenite din studii?

Resurse suport: PICO (template), Raportul de monitorizare a progresului beneficiarului, Cercetările identificate (printate), Lista de evaluare critică a evidențelor/dovezilor.

⁶³ Strauss, S.E., Glasziou, P. Richardson, W.S., & Haynes, R.. (2019). Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM, 5th edition. Edinburgh: Elsevier.

„E”

EXTRAPOLEAZĂ informațiile aplicabile din dovezile din cercetare.

Întreabă-te!

- Care este principala concluzie din dovezile desprinse de cercetare?
- Rezultatele dovezilor îmi spun ceva despre posibilele efecte ale intervenției sau abordării ?
- Este o legătură între datele colectate de la beneficiar în urma evaluărilor și rezultatele studiilor?
- Dacă cercetarea este neconcludentă sau nu există cercetare pentru situația pe care o am eu în vedere, am luat în considerare intervenții similare care sunt rezultatele unei cercetări de tip studiu de caz sau chiar pe „înțelepciunea practică”?

Resurse suport: Rezultatele și concluziile cercetărilor analizate, istoricul social al beneficiarilor, hub de resurse (studii de caz, modele de bună practică), bază de date.

„C”

CONSIDERĂ expertiza ta și expertiza altora.

Întreabă-te!

- Ce recomandă experții din domeniul social sau cei din domeniul economic, managementul resurselor umane, psihologic?
- Care este experiența ta, cunoștințele, competența profesională și culturală pentru această populație sau intervenție?
- Există considerații privind practica integrată/abordarea interdisciplinară?
- Acest tip de intervenție/abordare este în domeniul practicii mele? Este etică?

Resurse suport: Ghiduri, Declarații de poziție, Codul de practică a asistentului social, Codul de etică, Legi și reglementări legale.

„I”

INTEGREAZĂ perspectivele și nevoile beneficiarului (individ, familie, grup, comunitate).

Întreabă-te!

- Care sunt nevoile și obiectivele beneficiarului meu?
- Care sunt prioritățile, preferințele și așteptările beneficiarului meu?
- Care este contextul cultural sau lingvistic al beneficiarului?
- Sunt bariere sau limite în accesarea serviciilor de către beneficiarul meu?

Resurse suport: Minuta interviului cu beneficiarul, Minuta ședințelor de caz, Istoricul social al beneficiarului.

„D”

DEZVOLTĂ un plan de intervenție aducând împreună cele trei componente ale PBE (dovezi, experiența asistentului social și prioritățile beneficiarului).

Întreabă-te!

- Care este planul meu: să implementez, să adaptez sau să combin intervențiile?
- Care este timpul alocat pentru implementare?
- Cum voi măsura eficacitatea planului meu de intervenție?
- L-am informat pe beneficiarul meu și am ținut cont de opinia/așteptările lui?

Resurse suport: Strategia de intervenție, Planul individual de intervenție, Calendarul implementării intervenției.

Resurse suport: Raportul de monitorizare a progresului, Minuta ședințelor de caz, Minuta interviului cu beneficiarul.

„E”

EVALUEAZĂ decizia.

Întreabă-te!

- Ce dovezi interne/din partea beneficiarului am strâns? Înregistrează progrese?
- Acest plan de intervenție mai este în concordanță cu nevoile beneficiarului?
- Mai am alte întrebări/priorități pentru acest beneficiar?

Resurse suport: Minuta interviului cu beneficiarul, Minuta ședințelor de caz, Istoricul social al beneficiarului.

În rândurile următoare vom explica de ce această integrare este nu doar necesară, ci esențială modelului PBE.

4.1. Discutarea cu beneficiarul a rezultatelor cercetării pentru a determina cât de mult se potrivesc opțiunile eficiente identificate cu valorile, preferințele și cultura acestuia

Scopul acestui pas este de a-l informa pe beneficiar cu privire la opțiunile de acțiune validate de cercetare și de a explora modul în care acestea se potrivesc cu convingerile și preferințele sale. Asistentul social va sintetiza și evalua rezultatele pertinente ale studiilor identificate în literatura de specialitate, explicându-le beneficiarului. Dialogul activ dintre aceștia vizează să exploreze valorile, preferințele și punctele de vedere ale beneficiarului. Această fază a PBE se aliniază foarte bine cu principiile asistenței sociale, influențând formarea unei alianțe terapeutice și creșterea motivației beneficiarului. Uneori, însă, această etapă fie este trecută cu vederea, fie este interpretată mai degrabă ca o informare a beneficiarului decât un dialog cu acesta⁶⁴.

Asistentul social ar trebui să ceară feedbackul beneficiarului pentru soluțiile de intervenție propuse și despre cât de compatibile sunt acestea cu propriile valori și preferințe. Implicarea beneficiarilor în procesul de luare a deciziilor în PBE le crește acestora nivelul de speranță în intervenție, ceea ce conduce la un nivel mai crescut de motivație în cadrul intervenției⁶⁵.

⁶⁴ Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2019). Evidence-based practice in clinical social work. Second Edition, Springer.

⁶⁵ Wampold, B. (2010). The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice. Washington, DC: American Psychological Association.

Argumente pentru includerea beneficiarului în procesul de luare a deciziilor⁶⁶:

- » Consecvența cu Codul Etic al profesiei de asistent social în ceea ce privește consimțământul informat – consimțământul informat al beneficiarului nu trebuie înțeles doar ca simpla aducere la cunoștință sau explicare a planului de intervenție de către asistentul social, ci necesită din partea acestuia un dialog interactiv cu beneficiarul, pentru a se asigura că planul de intervenție este potrivit situației unice a beneficiarului.
- » Colaborarea activă cu beneficiarul face parte din sfera „competențelor practice culturale” - explorarea activă a culturii, religiei și valorilor personale ale beneficiarului este o parte necesară a evaluării și a planificării intervenției, deoarece o soluție incompatibilă cu una dintre sau chiar cu toate aceste dimensiuni are o probabilitate foarte mare să eșueze.
- » Utilitatea colaborării active cu beneficiarul în succesul intervenției este dovedită empiric - cercetările în psihoterapie au demonstrat că abordarea oferită pacientului trebuie să fie acceptată de către acesta, altfel el va manifesta rezistență la tratament, ceea ce poate conduce cel puțin la scăderea eficacității intervenției, dacă nu chiar la eșecul acesteia.
- » Includerea beneficiarului în procesul de luare a deciziei consolidează alianța terapeutică - alianța terapeutică poate fi deosebit de importantă, îndeosebi la începutul procesului de intervenție, în motivarea beneficiarului pentru a se implica în intervenție. O relație de colaborare care include beneficiarii în procesul de luare a deciziilor poate întări relația cu asistentul social și crește probabilitatea unui rezultat pozitiv al intervențiilor.

Alternativă de intervenție trebuie, de asemenea, discutate cu beneficiarul folosind un limbaj pe care acesta să îl poată înțelege⁶⁷. În potrivirea abordării intervenționale cu caracteristicile individuale ale beneficiarului trebuie avute în vedere personalitatea, abilitățile cognitive și stilurile de coping ale acestuia. O astfel de potrivire se referă mai degrabă la adaptarea alternativelor de intervenție la caracteristicile beneficiarului, decât la problema sau afecțiunea acestuia⁶⁸. Asistenții sociali nu își văd beneficiarii ca pe „diagnostice”, ci folosesc abordarea sistemică a persoanei-în-situație⁶⁹, pentru a-și înțelege beneficiarii în mediul lor de viață.

4.2. Elaborarea unui plan de intervenție luând în considerare opțiunile disponibile, pe baza sintezei nevoilor și circumstanțelor clinice, a alegerilor beneficiarului și a datelor de cercetare relevante

Acțiunea care marchează finalizarea etapei de planificare a intervenției este elaborarea/transcrierea planului de intervenție și atașarea acestuia la dosarul beneficiarului. Deși nu există (încă) standarde pentru documentarea utilizării pașilor PBE în luarea deciziei cu privire la calea de intervenție, autorii de profil⁷⁰ au câteva recomandări în acest sens:

01

Consemnarea, în dosarul beneficiarului, a unui rezumat concret privind procesul parcurs în căutarea de evidențe și rezultatele cheie ale acestuia. Drisko și Grady consideră că 2-3 fraze clare și concise ar fi suficiente și furnizează următorul exemplu:

⁶⁶ Idem 50

⁶⁷ Walsh, J. (2010). Theories for direct social work practice (2nd ed.). Belmont, CA: Thompson Brooks/Cole.

⁶⁸ Idem 51

⁶⁹ Kondrat, M. E. (2008). Person-in-environment. In T. Mizrahi & L. E. Davis (Eds.), Encyclopedia of social work (20th ed., pp. 348–354). New York: Oxford University Press.

⁷⁰ Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2019). Evidence-based practice in clinical social work. Second Edition, Springer.

„Am consultat Cochrane Collaboration Library și PubMed pentru recenzii sistematice despre tulburările de panică. Am identificat dovezi de cercetare care sprijină utilizarea terapiilor cognitiv-comportamentale sau a medicamentelor pentru aceste tulburări. În urma discuției cu beneficiarul, aceasta a preferat terapia ca primă alegere și și-a exprimat îngrijorarea cu privire la efectele secundare ale medicamentelor.”

După cum se poate observa în acest exemplu, din consemnările asistentului social reiese că acesta a identificat dovezi considerabile de cercetare, de înaltă calitate, care oferă argumente pentru selectarea alternativelor de intervenție propuse. De asemenea, preferința beneficiarului pentru o anumită opțiune din cele două furnizate este clar exprimată și consemnată și s-a ținut cont de ea în selecția căii de acțiune.

02

În cazul în care, din motive de natură religioasă ori culturală, beneficiarii refuză opțiunile de intervenție puternic sprijinite de studiile de profil, o consemnare mai detaliată a acestor rațiuni ar trebui inclusă în dosarul beneficiarului, pentru a justifica de ce planul de intervenție nu utilizează soluția cu cel mai puternic sprijin empiric. Deoarece dosarul beneficiarului poate fi utilizat ca dovadă în acțiunile legale, o astfel de documentație clarifică argumentele care au stat la baza selectării unui anumit tip de intervenție.

03

Respectarea cu strictețe a cerințelor de raportare și documentare ale organizației angajatoare și ale finanțatorilor acesteia. Finanțatorii publici și privați au început să elaboreze liste de intervenții aprobate, ceea ce împiedică aplicarea principiului de luare în considerare a preferințelor și valorilor beneficiarului, în cazul în care acesta optează pentru o intervenție care nu face parte din lista celor aprobate. În cazul în care, totuși, alegerea unei intervenții din lista celor aprobate este permisă, asistenții sociali ar trebui să documenteze cu atenție rezultatele unei căutări PBE pliate pe nevoia beneficiarului, pentru a argumenta utilizarea unui tratament/unei intervenții care nu este pe lista de celor aprobate.

PASUL 5

Implementarea intervenției

Implementarea intervenției trebuie făcută urmând îndeaproape planul elaborat la pasul anterior. Cu toate acestea, chiar dacă planificarea intervenției a fost făcută cât se poate de bine, în implementarea ei efectivă pot apărea multe provocări.



În primul rând, implementarea unui anumit tip de intervenție presupune că acest tip de intervenție este disponibil pentru beneficiar, atât din punct de vedere financiar, cât și practic, adică⁷¹:

⁷¹ Idem 56

Programul respectiv de intervenție este disponibil în zona geografică a beneficiarului.

Variația geografică a disponibilității acestora poate fi un obstacol serios în localizarea celor mai eficiente.

Costurile cu intervenția sunt accesibile pentru beneficiar sau pot fi decontate/subvenționate pentru acesta.

Familia beneficiarului și alți actori relevanți (ex: angajatorul) susțin angajamentul acestuia în procesul terapeutic, mai ales dacă acesta are o durată extinsă și/ sau necesită eforturi speciale (ex: absența de la serviciu, renunțarea la anumite sarcini casnice etc.)

Furnizorii calificați și instruiți sunt disponibili să furnizeze intervenția într-un orizont de timp acceptabil.

Exigențele deontologice profesionale dictează ca asistenții sociali să ofere numai servicii pe care sunt bine calificați să le furnizeze. În cazul în care asistentul social nu este calificat pentru furnizarea corespunzătoare a intervenției, este justificat să refere beneficiarul către alți furnizori.

În al doilea rând, aproape fiecare intervenție de tip PBE implică necesitatea ca asistentul social să învețe ceva nou pentru a-și îmbunătăți competențele de „livrare” a soluției alese⁷², deoarece este nerealist să considerăm că dobândirea unor abilități sofisticate poate fi obținută exclusiv prin consultarea unui studiu. Învățarea se poate realiza prin participarea la sesiuni de instruire, la conferințe profesionale, înscrierea la un program de studii postuniversitare sau de specializare, participarea la programe de formare profesională în psihologie clinică și de consiliere etc. De asemenea, învățarea se mai poate petrece și în cadrul unei relații de supervizare cu un asistent social cu experiență în furnizarea intervenției bazate pe evidențe. Formarea pe parcurs, asigurată în acest fel, îi poate oferi asistentului social un avantaj în ceea ce privește soluția PBE selectată, astfel încât, în timp, el poate deveni un specialist recunoscut în domeniul respectiv.

Thyer⁷³ vorbește despre o îmbunătățire a competențelor aferente PBE pe măsură ce abordarea este folosită tot mai mult. Atunci când asistentul social lucrează într-un anumit domeniu, problematicile beneficiarilor, deși vaste, nu sunt nelimitate, ceea ce face ca procesul de consultare a literaturii de specialitate să fie tot mai scurt de la un caz la altul, deoarece asistentul social ajunge ca în scurt timp să se familiarizeze cu cele mai eficiente soluții susținute de către dovezile de cercetare. Practic, după acest punct, consultarea literaturii de specialitate va fi făcută doar pentru a asigura actualizarea și integrarea rezultatelor noilor studii în luarea deciziei. Pe măsură ce PBE se dezvoltă, conceptul de asistent social generalist devine tot mai puțin fezabil, deoarece intervențiile foarte specifice care necesită o pregătire detaliată și intensă concentrată pe probleme particulare necesită din ce în ce mai mult timp⁷⁴.

⁷² Thyer, B. A. (2004). What is evidence-based practice? Brief Treatment & Crisis Intervention, 4(2), 167-176, 10.1093/brief-treatment/mhh013

⁷³ Idem 58

⁷⁴ Idem 58

Mai jos prezentăm un model de implementare bazat pe pașii PBE care poate fi folosit pentru a implementa cu succes o schimbare bazată pe practica bazată pe evidențe. Nu toate etapele sunt necesare pentru fiecare schimbare în practică.

Listă de verificare implementare PBE

Pași PBE		Da	Nu
Pasul 1	Ați formulat o întrebare specifică pentru beneficiarul, grupul din care face parte sau câmpul social mai larg (serviciul social, comunitate, mediul înconjurător)?	☐	☐
Pasul 1	Ați împărțit întrebarea în componentele PICO?	☐	☐
Pasul 2	Ați obținut cele mai bune dovezi din surse credibile?	☐	☐
Pasul 3	Ați evaluat critic și ați sintetizat aceste dovezi?	☐	☐
Pasul 4	Ați reflectat care este experiența, cunoștințele, competența clinică și culturală pe care o aveți pentru această populație sau intervenție?	☐	☐
Pasul 4	Ați discutat cu beneficiarul care sunt nevoile, așteptările și preferințele sale?	☐	☐
DECIZIE	Implică aceste dovezi o schimbare în practică? Dacă DA, continuați. Dacă NU, luați în considerare altceva.	☐	☐
Din acest moment, se anticipează că asistentul social lucrează în colaborare cu toți actorii relevanți/toate părțile relevante pentru implementarea intervenției.			
Pasul 5	Agreeați durata unei etape de testare/pilotare.	☐	☐
Pasul 5	Calculați costurile implicate în propunerea de schimbare/îmbunătățire a practicii ca parte a fazei pilot.	☐	☐
Pasul 5	Stabiliți cum va fi comunicată schimbarea/îmbunătățirea în practică către toți cei implicați în implementare.	☐	☐
Pasul 5	Oferiți instruire/formare specialiștilor/echipei centrului/furnizorului cu privire la raționamentul din spatele schimbării în practică și modul în care aceasta va fi realizată.	☐	☐
Pasul 5	După finalizarea etapei pilot, examinați impactul intervenției în baza unor criterii predefinite explicit și care identifică schimbările/îmbunătățirile bazate pe rezultate.	☐	☐
DECIZIE	Rezultatele auditului/ evaluării implică o schimbare în practică? Dacă DA, continuați. Dacă NU, validați/consolidați practica și modificați politicile și procedurile pentru a ține seama de schimbarea în practică.	☐	☐
Pasul 5	Diseminați rezultatele implementării către colegii din cadrul centrului/furnizorului de serviciu	☐	☐
Pasul 5	Faceți cunoscută schimbarea în practică prin newsletter, pliante.	☐	☐

Adaptat după Schub, E., "Evidence-Based Nursing Practice: Implementing" CINAHL Nursing Guides (Glendale, CA: CINAHL Information Systems, 2012)



PASUL 6

Evaluarea eficacității intervenției pe bază de evidențe/dovezi

Această etapă implică faptul că procesul de implementare va fi monitorizat și rezultatele vor fi evaluate pe parcurs și la final. După ce o schimbare bazată pe dovezi a fost implementată, ultimul pas în ciclul PBE implică evaluarea rezultatelor, diseminarea rezultatelor și efectuarea de noi modificări în practică, după cum este necesar sau determinat de noi dovezi.

Rengerink et al⁷⁵. sugerează că instrumentele de măsurare a comportamentului PBE al profesioniștilor ar trebui să evalueze utilizarea etapelor PBE în practică, performanța procedurilor bazate pe dovezi și/sau efectul PBE asupra calității vieții beneficiarilor.

Stabilirea de scopuri și obiective măsurabile trebuie făcută împreună cu beneficiarul. Dovezile colectate din monitorizare și evaluare vor face parte dintr-o buclă de feedback pentru a informa modificările sau schimbările în strategia de intervenție. Monitorizarea permite asistentului social ca, dacă acțiunile derulate nu dau rezultatul scontat, acesta să poată face trecerea de la planul de intervenție selectat inițial (Planul A) la o alternativă, de asemenea, susținută de dovezi științifice (Planul B sau Planul C), înainte de expirarea termenului preconizat pentru finalizarea intervenției.

Există atât modele calitative, cât și cantitative de evaluare a practicii, în ceea ce privește reușita intervenției⁷⁶:

Modelele calitative se bazează, în general, pe raportările beneficiarului despre cum a resimțit intervenția și rezultatele acesteia. Metodele calitative sunt flexibile, permit furnizarea de feedback personalizat de către beneficiar, examinează atât comportamentele, cât și experiențele interne și pot aborda atât aspecte privind procesul, cât și rezultatele. Ele pot surprinde rezultate complexe și neașteptate. În general, criticile aduse acestei abordări se referă la absența replicabilității și preciziei și la faptul că procedurile de analiză a datelor pot fi neclare sau predispuse la părtinire.

Metodele cantitative de evaluare a practicii au fost utilizate pe scară largă de-a lungul anilor și cuprind o varietate de abordări, printre care cea mai populară se concentrează pe o comparație pre și post-intervenție a funcționării beneficiarului, pe una sau mai multe aspecte țintă. Acest model de evaluare este cunoscut sub numele de design de cercetare cu un singur caz sau cu un singur sistem (en. single-case or single-system research design)⁷⁷. Efortul de a crește utilizarea evaluării unui singur caz face parte din curentul de a demonstra eficacitatea serviciilor de asistență socială. Metoda cazului unic este foarte utilă în documentarea modificărilor beneficiarului, dar, spre deosebire de adevăratele proiecte de cercetare experimentală, nu demonstrează clar că intervenția furnizată a cauzat schimbarea.

În rezumat, acest pas în ciclul PBE este crucial pentru evaluarea impactului schimbărilor implementate, împărtășirea rezultatelor în comunitatea asistenților sociali și asigurarea continuă a evoluției practicii pe baza celor mai bune dovezi disponibile. Acesta subliniază natura continuă a practicii bazate pe dovezi și angajamentul față de îmbunătățirea continuă a furnizării serviciilor sociale.

⁷⁵ Rengerink, K.O. et al. (2013), "Tools to Assess Evidence-Based Practice Behaviour among Healthcare Professionals," Evidence-Based Medicine.

⁷⁶ Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2019). Evidence-based practice in clinical social work. Second Edition, Springer.

⁷⁷ Dacă doriți să aflați mai multe despre modul în care puteți face evaluarea eficacității intervenției la nivelul unui singur beneficiar, vă recomandăm să consultați un articol publicat foarte recent, care tratează tocmai acest aspect. Articolul poartă titlul „Cum pot asistenții sociali să evalueze modificările clinice semnificative la nivelul clienților lor? Un exemplu din sistemul de protecție a copilului⁷⁷”. Lucrarea este publicată în Jurnalul de Asistență Socială Clinică, în limba engleză, și prezintă pe larg conceptul de „modificare clinică semnificativă” și nevoia de indicatori obiectivi în evaluarea acesteia în domeniul asistenței sociale, apoi furnizează un exemplu concret de aplicare a sa în domeniul protecției copilului. Puteți accesa articolul la această adresă: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10615-023-00881-3>.

Autoevaluarea ar trebui să fie o parte integrală a ciclului continuu al practicii bazate pe evidențe/dovezi. Lista de verificare de mai jos prezintă câteva dintre întrebările pe care le puteți lua în considerare:

PBE: Listă de verificare - Autoevaluare

Pași PBE		Da	Nu
Pasul 1	Ați formulat o întrebare specifică pentru beneficiarul, grupul din care face parte sau câmpul social mai larg (serviciul social, comunitate, mediul înconjurător)?	☐	☐
Pasul 1	Sunteți activ în identificarea deficiențelor din practica actuală și în formularea întrebărilor bazate pe aceste deficiențe?	☐	☐
Pasul 1	Sunt întrebările analizate după componentele PICO(T)?	☐	☐
Pasul 2	Aveți asigurat acces imediat la cele mai bune dovezi disponibile via platforma SIMAS, baze de date cu resurse pentru PBE, ghiduri de practică bazate pe evidențe?	☐	☐
Pasul 2	Căutați surse de dovezi de cea mai bună calitate, relevante pentru domeniul dvs. de activitate?	☐	☐
Pasul 2	Utilizați strategii de căutare adecvate, inclusiv termeni de indexare, limitatoare și cuvinte cheie atunci când căutați în baze de date precum Cochrane Collaboration, Campbell Collaboration?	☐	☐
Pasul 3	Evaluați critic dovezi pentru a evalua valabilitatea și relevanța acestora?	☐	☐
Pasul 4	Includeți măsuri de evaluare critică în practica dumneavoastră?	☐	☐
Pasul 4	Adaptați măsurile de evaluare critică pentru a se potrivi circumstanțelor specifice ale beneficiarilor?	☐	☐
Pasul 5	Ați implementat schimbări în practica bazată pe dovezi în urma evidențelor pe care le-ați găsit?	☐	☐
Pasul 5	Ați efectuat audituri/evaluări pentru a evalua impactul acestor schimbări în practică?	☐	☐
Pasul 6	Evaluați, în continuare, calitatea serviciilor oferite beneficiarilor și rămâneți la curent cu cunoștințele emergente relevante pentru schimbările în practică pe care le-ați implementat?	☐	☐
Pasul 6	Contribuiți la dezvoltarea PBE în domeniul dvs. prin colectarea de dovezi, inițierea/participarea la cercetări?	☐	☐

Adaptat după Sackett, D.L. et al., Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM (Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000)

EXEMPLE DE PRACTICI BAZATE PE EVIDENȚE

De Mihaela Zanoschi

Nu putem vorbi despre practica bazată pe evidențe fără a nu ne opri asupra principiilor practicii profesionale. Trecerea în revistă a acestor principii, așa cum sunt ele menționate în Codul privind practica asistentului social, ne va ajuta să privim PBE ca pe un pas necesar în procesul „maturizării” practicii profesionale a asistenților sociali din România.

Cele 4 Principii ale practicii profesionale⁷⁸ sunt:

Principiul 1:

Practica profesională a unui asistent social este un proces ce presupune planificarea unor activități în mod logic, începând de la preluarea beneficiarului, până la soluționarea problemei acestuia. Acest demers presupune ca asistentul social să folosească gândirea logică și pe cea critică în proiectarea și implementarea intervenției sociale.

Parcursul pașilor practicii bazate pe evidențe (PBE) (de ex. evaluarea critică a studiilor și cercetărilor, integrarea dovezilor în vederea luării unor decizii informate pentru a oferi intervenții cu cea mai mare probabilitate de succes în rezolvarea problemei beneficiarului) oferă cadrul propice pentru exersarea gândirii critice a asistentului social. Prin urmare, PBE nu numai că îi ajută pe asistenții sociali să dezvolte competențe în evaluarea și aplicarea practicilor eficiente, dar promovează, de asemenea, un angajament continuu față de învățare și perfecționare profesională. Gândirea critică devine astfel un instrument vital pentru asigurarea că intervențiile sociale sunt de cea mai înaltă calitate și că satisfac nevoile și obiectivele beneficiarilor într-un mod eficace și etic.

Principiul 2:

Practica profesională a asistentului social are la bază informarea și studierea cadrului teoretic, teoriile oferind limbajul conceptual și structura cauzală pentru a analiza situația unei persoane. În același timp este important ca ideile conceptuale ale teoriilor să fie evaluate/cântărite în funcție de relevanța și adecvarea lor față de circumstanțele unice ale beneficiarului. Pe lângă abordările teoretice, legislație, politici și protocoale actualizate, cercetările și evaluările care generează dovezi/evidențe fundamentate științific sau empiric cu privire la bunele practici, au un rol semnificativ în dezvoltarea și orientarea practicii profesionale.

PBE implică utilizarea și integrarea abordărilor teoretice, a legislației și a evidențelor științifice pentru a ghida intervențiile sociale. PBE contribuie la asigurarea că asistența socială este eficientă, bazată pe cele mai bune practici disponibile și adaptată nevoilor specifice ale fiecărui beneficiar. Este un proces continuu și dinamic care susține calitatea practicii profesionale a asistentului social, conectarea acesteia cu cercetarea și ieșirea din zona intervențiilor bazate pe păreri, opinii și intuiție.

⁷⁸ CNASR (2019), Cod privind practica asistentului social, 2019, pp.9-10

Principiul 3:

Practica profesională a asistentului social este una obiectivă. Prin urmare, scopul de a intra în și a construi relații profesionale cu beneficiarii trebuie să fie legat de facilitarea schimbării necesare pentru a obține rezultatele pe care beneficiarul și asistentul social le-au convenit.

PBE oferă asistentului social o bază solidă de date și informații pentru a lua decizii informate în favoarea beneficiarului. Prin utilizarea cercetărilor și a evidențelor științifice, asistentul social poate evalua și selecta cele mai eficiente și eficace abordări pentru a adresa nevoile și obiectivele beneficiarului. De asemenea, PBE oferă asistentului social date și informații specifice cu privire la ceea ce a funcționat sau nu în situații similare. Aceasta permite personalizarea intervențiilor în funcție de circumstanțele unice ale beneficiarului și a obiectivelor sale. Nu în ultimul rând, prin aplicarea PBE, asistentul social poate stabili criterii obiective pentru evaluarea progresului și a succesului intervenției. Acest lucru asigură că deciziile și acțiunile asistentului social sunt orientate către atingerea rezultatelor convenite cu beneficiarul și că progresul este evaluat în mod obiectiv.

Principiul 4:

Practica profesională a asistentului social are la bază integrarea mai multor metode și tehnici de lucru. Practica integrată se referă la utilizarea și integrarea de la caz la caz a diferitelor modalități de practică pentru a asigura o bună corelare a intervențiilor și răspunsurilor la servicii, raportat la nevoile individuale/ale unui grup/comunități la momentul respectiv.

În acest sens, PBE reprezintă un cadru esențial pentru practica integrată a asistentului social, oferind posibilitatea de a selecta abordări, metode și tehnici dovedite a fi eficiente în situații similare, ceea ce maximizează probabilitatea succesului intervenției.

Pentru a ilustra modul în care în procesul practicii bazate pe evidențe (PBE) asistentul social poate reuni experiența sa profesională, nevoile și dorințele beneficiarului cu rezultatele cercetărilor științifice validate sau cu cele mai bune modele de practică rezultate din cercetare, vor fi prezentate în continuare două exemple de cum pot fi dezvoltate practici bazate pe evidențe, cu parcurgerea celor 6 pași pentru situații ipotetice din domeniul asistenței sociale a persoanelor cu dizabilități, precum și un exemplu de program de intervenție în care s-au produs dovezi și s-au colectat date care au generat un model de intervenție pentru copiii cei mai vulnerabili din România și familiile lor.

De la bun început este important de știut că acest demers de căutare de dovezi trebuie văzut în contextul etapelor actului profesional, în etapa diagnozei sociale în care asistentul social caută și reflectă asupra soluțiilor care ar funcționa cel mai bine pentru beneficiarul său, după ce au fost realizate evaluările/reevaluările prin care au fost identificate circumstanțele specifice ale beneficiarului său, nevoile, resursele și problemele cu care se confruntă. Pe baza evaluării critice a evidențelor și a integrării acestora cu experiența profesională și valorile și prioritățile beneficiarului, asistentul social elaborează un plan de intervenție, monitorizează și evaluează rezultatele, aceste demersuri făcând parte din cea de a doua etapă a actului profesional, respectiv intervenția socială. Diferența pe care o face PBE este că, în cazul utilizării ei, asistentul social acordă o atenție sporită culegerii de date, evaluării progreselor și eficienței intervenției și consemnării acestor informații cu scopul generării de noi dovezi care vor contribui la adaptarea și ajustarea constantă a practicii, oferirea unor intervenții eficiente, centrate pe nevoile individuale ale beneficiarilor.

Exemplul 1:

Includerea persoanelor cu dizabilități pe piața muncii. Ce putem face pentru a crește rata de angajare?

Situație ipotetică: Sunteți asistent social într-un centru de zi pentru persoane adulte cu dizabilități și una dintre nevoile identificate în urma evaluării detaliate este găsirea unor locuri de muncă adecvate pentru ei. Centrul de zi în care lucrați a derulat programe și proiecte pentru creșterea șanselor de angajare a persoanelor cu dizabilități prin evaluarea nevoilor, abilităților și dorințelor acestora, dezvoltarea abilităților și competențelor lor prin participarea la cursuri, asistență în căutarea locurilor de muncă, dar cu toate acestea angajatorii locali ajungeau într-un procent mic să ducă până la final decizia de a angaja persoane cu dizabilități.

Ca asistenți sociali ne-am întrebat/ne întrebăm, cu siguranță, ce am putea face mai mult/mai bine pentru a crește șansele de angajare ale persoanelor cu dizabilități? Oscilăm între resemnare și speranță, elaborăm proiecte de intervenție ambițioase, ne bucurăm de cel mai mic succes, sperând că nu a fost doar întâmplare sau noroc că unul dintre beneficiari a fost acceptat la un loc de muncă și trăim intens orice eșec. Dar, deseori, fie noi, fie persoanele cu dizabilități, fie familia acestuia ajunge la concluzia că *angajatorii nu vor /nu au niciun interes să angajeze aceste persoane*. Dacă transformăm afirmația în întrebare: *Ce anume influențează decizia angajatorilor de a angaja/a nu angaja persoanele cu dizabilități?* pornim într-un demers de căutare/documentare care ne poate ajuta să strângem informații pertinente cu privire la acest subiect și să contribuim la luarea unor decizii mai informate, care au potențialul să crească rata de succes a angajării persoanelor cu dizabilități.

În procesul practicii bazate pe dovezi există mai mulți pași pe care un asistent social îi parcurge pentru a dezvolta și implementa intervenții eficiente. Acești pași sunt:

Pasul 1 Formularea unei întrebări specifice

Pentru formularea întrebării utilizăm modelul PICO, descris în capitolul anterior.

 P Populația	Persoane cu dizabilități în căutarea unui loc de muncă
 I Intervenția	Intervenții și strategii pentru a îmbunătăți comportamentul angajatorilor
 C Comparația	Lipsa unor programe similare care să vizeze comportamentul angajatorilor
 O Obiective	Creșterea ratei de angajare pentru persoanele cu dizabilități, îmbunătățirea incluziunii și a mediului de lucru

Întrebarea PICO: La persoanele cu dizabilități în căutarea unui loc de muncă (P), cum se compară efectele implementării unui program de conștientizare și formare a angajatorilor (I) cu starea actuală în care nu exista astfel de programe (C) în creșterea șanselor de angajare și îmbunătățirea mediului de lucru pentru aceste persoane (O)?

Considerăm întrebarea pertinentă în contextul în care la angajarea persoanelor cu dizabilități ne lovim de atâtea piedici, menținându-se o discrepanță semnificativă în rata de angajare între persoanele cu dizabilități și cele fără dizabilități, evidențiată în Raportul privind ocuparea forței de muncă în Uniunea Europeană din 2021⁷⁹. Discrepanța este de 24% în țările U.E., subliniind o problemă importantă care necesită abordare. Șomajul poate duce la sărăcie, în timp ce angajarea poate contribui la includerea socială și la menținerea demnității umane, obiective cruciale ale asistenței sociale.



Căutarea celor mai bune evidențe/dovezi pentru a răspunde la întrebare

Convertirea întrebării PICO în cuvinte cheie pentru căutare:

PICO	Termenii utilizați (elementele PICO)	Cuvinte cheie
P	dizabilitate, loc de muncă	“persoane cu dizabilități” și „loc de muncă” sau „piața muncii”
I	comportament angajatori	„comportament angajator” sau „atitudini angajator” sau „motivații angajator”
C	programe pentru angajatori	„informare” sau „consiliere” sau „conștientizare”
O	angajare, incluziune	„angajare” sau „incluziune”

Pentru a răspunde la întrebare am căutat în baze de date și pe Google Scholar/Academic folosind termenii: ,angajare’, ,persoane cu dizabilități’, ,revizuire sistematică angajare persoane cu dizabilități’. Întrucât nu au fost rezultate în limba română care să corespundă acestor criterii, am recurs la utilizarea termenilor în limba engleză: ,hiring’, ,people with disabilities’, ,systematic review hiring people with disabilities’. Pentru selectarea studiilor am aplicat următoarele criterii de includere: studiile să se refere la angajatori și factorii care influențează comportamentele de angajare cu privire la persoanele cu dizabilități, să fie atât studii cantitative cât și calitative, să fie publicate în reviste în ultimii 5 ani și să fie scrise în limba engleză.

Apelarea la o revizuire sistematică⁸⁰ a literaturii privind angajarea persoanelor cu dizabilități este o abordare deosebit de importantă pentru asistenții sociali și alți profesioniști care lucrează în acest domeniu, deoarece poate oferi informații critice pentru elaborarea de strategii și intervenții de integrare pe piața muncii. Este un pas esențial în direcția dezvoltării unei practici bazate pe dovezi în sprijinul persoanelor cu dizabilități, pentru a avea oportunități mai bune de angajare și succes în câmpul muncii. Ne-am oprit la revizuirea sistematică **“De ce angajatorii (nu reușesc să) angajeze persoane cu dizabilități?”** (titlul original **Why Do Employers (Fail to) Hire People with Disabilities? A Systematic Review of Capabilities, Opportunities and Motivations**) care și-a propus să identifice atât motivele pentru care angajatorii reușesc să angajeze persoane cu dizabilități, cât și motivele pentru care nu reușesc sau nu doresc să facă acest lucru. Lucrarea a apărut în Journal of Occupational Rehabilitation și a fost publicată online în 2023 (<https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-022-10076-1>).

⁷⁹ European Commission. Joint Employment Report 2021 <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8351&furtherPubs=yes>

⁸⁰ Revizuirea sistematică este un tip de cercetare care sintetizează și analizează datele disponibile în literatura de specialitate pentru a obține o înțelegere comprehensivă și obiectivă a unei întrebări de cercetare specifice. Acesta este un proces riguros și sistematic care implică identificarea, selecția și evaluarea critică a studiilor relevante, apoi sintetizarea și interpretarea datelor pentru a trage concluzii valide.

Google Academic systematic review hiring people with disabilities

Articole Aproximativ 146.000 rezultate (0,28 sec.)

Oricând
Din 2023
Din 2022
Din 2019
Interval specific...

Sortați după relevanță
Sortați după dată

Orice tip
Examinați articolele

☐ includeți brevete
☒ include menționări

☒ Creează alertă

A systematic review of the benefits of hiring people with disabilities
S. Lindsay, E. Cagliostro, M. Albarico, N. Mortaji... - Journal of occupational ..., 2018 - Springer
... Purpose We **reviewed literature** on the benefits of **hiring people with disabilities**. Increasing
... Methods Our team conducted a **systematic review**, completing comprehensive searches of ...
☆ Salvați Citați Citat de 244 ori Articole cu conținut similar Toate cele 9 versiuni

Hiring people with disabilities: A scoping review
RE Gewurtz, S. Langan, D. Shand - Work, 2016 - content.iospress.com
... ; 2) to determine the value of undertaking a full **systematic review** on the topic; 3) to disseminate
existing evidence; and 4) identify research gaps and set research priorities [13, 14]. It is ...
☆ Salvați Citați Citat de 100 ori Articole cu conținut similar Toate cele 4 versiuni

Employers' attitudes towards hiring and retaining people with disabilities: A review of the literature
J. Burke, J. Bezyak, R. T. Fraser, J. Pete... - The Australian Journal ..., 2013 - cambridge.org
... With results of the **literature review** indicating both positive and negative attitudes related to
... , and findings of the **literature review** indicate both significantly impact **employment** decisions. ...
☆ Salvați Citați Citat de 219 ori Articole cu conținut similar Toate cele 6 versiuni

[HTML] Why Do Employers (Fail to) Hire People with Disabilities? A Systematic Review of Capabilities, Opportunities and Motivations
R. Nagtegaal, N. de Boer, R. van Berckel, B. Derks... - Journal of Occupational ..., 2023 - Springer
... , we need to understand what influences employers' **hiring** decisions. In this **systematic review**, we map out factors affecting employers' **hiring** decisions about **people with disabilities**. ...
☆ Salvați Citați Citat de 2 ori Articole cu conținut similar Toate cele 7 versiuni

Ce ar trebui să faci dacă nu poți găsi evidențe/dovezi?

Uneori, poți găsi puține sau deloc articole, studii, cercetări legate de întrebarea ta.
Dacă se întâmplă acest lucru, iată câteva recomandări:

- » Reconsideră întrebarea PICO și/sau termenii de căutare. Încearcă să extinzi căutarea, adăugând mai multe sinonime sau acronime comune la termenii tăi de căutare.
- » Ia în considerare cercetări pentru populații similare, studii de caz sau modele de intervenție utilizate de alți colegi/furnizori de servicii. Analizează critic exemplele pentru a decide dacă astfel de informații ar putea fi utile pentru beneficiarul tău.
- » Revizuiște și analizează datele culese de la beneficiar, din mediul lui de viață etc. din etapa de evaluare detaliată pentru a identifica orice modificări, oportunități, resurse, riscuri care pot ghida decizia ta privind intervenția socială adecvată.

Scopul acestui pas este de a stabili dacă concluziile din unul sau mai multe studii, în cazul de față din revizuirea sistematică, pot fi folosite pentru a ghida luarea unei decizii privind intervenția socială. Ne uităm cu precădere la relevanța față de întrebarea adresată, la validitatea și încrederea în rezultatele studiului (metodologia folosită, sursele de unde provin dovezile, limitele studiului) după care examinăm rezultatele și concluziile studiului și măsura în care acestea pot fi generalizate în domeniul de activitate (asistența socială a persoanelor cu dizabilități) și la beneficiari (ai unui centru de zi care are ca preocupare incluziunea pe piața muncii a persoanelor cu dizabilități).

Pentru aceasta, vom utiliza un instrument de evaluare a dovezilor din revizuirea sistematică aleasă.

Evaluarea critică a dovezilor din revizuirea sistematică

Detalii preliminare

Autor(i): Rosanna Nagtegaal, Noortje de Boer, Rik van Berke, Belle Derk, Lars Tummers

Titlul studiului: **Why Do Employers (Fail to) Hire People with Disabilities? A Systematic Review of Capabilities, Opportunities and Motivations**

Sursa: Journal of Occupational Rehabilitation (2023) 33:329–340

Este revizuirea relevantă pentru întrebarea mea clinică? ☒ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Revizuirea sistematică abordează o întrebare clar definită? ☒ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Revizuirea sistematică a abordat întrebarea PICO / elemente ale întrebării PICO ?

☒ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Pentru a crește numărul de persoane cu dizabilități angajate, trebuie să înțelegem ce influențează deciziile angajatorilor în ceea ce privește angajarea acestora. În această revizuire sistematică sunt cartografiati factorii care afectează deciziile angajatorilor în ceea ce privește persoanele cu dizabilități, ceea ce face ca cercetarea să abordeze elementele întrebării PICO (persoane cu dizabilități, angajare).

Este sigur să spunem că studiile importante și relevante nu au fost omise?

☒ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Autorii studiului au realizat o revizuire sistematică a literaturii, concentrându-se asupra comportamentului real de angajare al angajatorilor folosind modelul COM-B⁸¹ pentru a înțelege mai bine acest comportament. În cadrul acestei revizuii sistematice, au fost incluse 47 de articole de cercetare. Majoritatea acestor studii au fost realizate în țări vestice, cu cea mai mare parte în Statele Unite ale Americii (40%), Australia (9%), Țările de Jos (4%) și Suedia (4%). Totuși, unele studii au fost efectuate și în țări non- vestice, precum Africa de Sud (6%) și China (4%).

⁸¹ Modelul COM-B este o abordare teoretică utilizată în domeniul sănătății și comportamentului pentru a înțelege ce motivează comportamentele umane și cum pot fi schimbate pentru a promova sănătatea și bunăstarea. Modelul COM-B este o componentă a modelului mai larg numit "Modelul Teoriei Comportamentului Planificat" dezvoltat de către Susan Michie și colegii săi. COM-B reprezintă trei factori-cheie care influențează comportamentele individuale: capacități, oportunități și motivație și susține că, pentru ca oamenii să adopte un anumit comportament (en. behavior), au nevoie de capacități (C), oportunitate (O) și motivație (M).

În ceea ce privește natura studiilor, majoritatea au avut un caracter calitativ (62%), folosind metode precum interviuri (47%). De asemenea, au existat studii cantitative (47%), predominant bazate pe sondaje (31%). Cu toate acestea, experimentele au fost rareori utilizate (6%). Cele mai multe articole au fost publicate în reviste precum "Journal of Vocational Rehabilitation", "Journal of Occupational Rehabilitation" și "Rehabilitation Counseling Bulletin". Studiile s-au axat, în principal, pe companii de diferite dimensiuni (43%), dar nu au clarificat întotdeauna tipul de dizabilitate abordat (64%) și au inclus atât angajatori publici, cât și privați (58%).

Limitele studiului

Autorii atrag atenția asupra limitelor studiului, respectiv posibilitatea omiterii unor studii relevante din cauza criteriilor de selecție din bazele de date. De asemenea, datorită diversității factorilor și metodologiilor incluse, studiul nu a efectuat o meta-analiză. Cu toate acestea, au fost furnizate măsuri pentru a indica direcția efectului raportat în literatură, cu mențiunea că aceste măsuri sunt limitate întrucât nu includ aspecte statistice și dimensiuni ale efectului. De asemenea, autorii menționează faptul că majoritatea studiilor au folosit măsuri subiective pentru a evalua comportamentul de angajare al angajatorilor, bazate pe percepțiile și rapoartele subiective ale acestora. Aceasta înseamnă că angajatorii au exprimat gândurile lor cu privire la ceea ce influențează comportamentul lor de angajare, fără a se raporta la numărul real de persoane cu dizabilități angajate. Acest aspect poate limita înțelegerea comportamentului real al angajatorilor și ar putea fi problematic în analizarea datelor.

Au fost utilizate criterii pentru selectarea articolelor astfel încât să fie realizată o includere adecvată?

☒ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Studiul respectă ghidurile Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis – PRISMA. Pentru includerea studiilor, autorii au folosit următoarele criterii: (i) tipul studiului și participanții: studiile au fost despre angajatori și s-au concentrat pe factorii legați de modelul COM-B care influențează comportamentele de angajare în ceea ce privește persoanele cu dizabilități; (ii) designul studiului: studiile au fost empirice, incluzând atât studii calitative, cât și cantitative; (iii) statutul de publicare și limba: studiile au fost publicate în reviste, au fost supuse recenziei de către specialiști și au fost scrise în limba engleză; (iv) anul de publicare: studiile raportate au fost publicate în intervalul de timp 2010-2022.

Au fost studiile incluse suficient de valide?

☒ Da ☐ Nu ☐ Nu pot să spun

Cercetarea de față recurge la realizarea unei recenzii sistematice a literaturii, concentrându-se în mod specific pe comportamentele de angajare ale angajatorilor. Până acum, cercetătorii s-au concentrat în principal pe intențiile de angajare ca variabilă de rezultat, mai degrabă decât pe comportamentul real de angajare al angajatorilor. Deși informațiile privind intențiile de angajare sunt valoroase, acestea nu se traduc neapărat în comportamentul de angajare. Există o notabilă discrepanță între intenții și comportament (conform lui Sheeran și Webb⁸² într-un articol de sinteză intențiile se traduc în acțiuni în doar jumătate din cazuri).

De asemenea, studiul este valoros și pentru că este primul în care autorii folosesc modelul COM-B pentru a înțelege comportamentul de angajare al angajatorilor. În timp ce unii cercetători au început să investigheze factorii care determină angajatorii să angajeze persoane cu dizabilități, alți cercetători

⁸² Webb TL, Sheeran P (2006), Does changing behavioral intentions engender behavior change? A meta-analysis of the experimental evidence. Psychol Bull

au disecat, în primul rând, atitudinile angajatorilor. Puține studii au folosit modele teoretice ale comportamentului pentru a analiza acești factori. Modelul COM-B are avantaje față de alte modele care își propun să înțeleagă comportamentul. În primul rând, modelul COM-B are o bază teoretică solidă. În legătură cu modelul COM-B se află Cadrul Teoretic al Domeniilor, care grupează 33 de teorii comportamentale în 14 domenii. În al doilea rând, modelul este legat de roata schimbării comportamentale, care este special concepută pentru a proiecta intervenții pentru schimbarea comportamentului. Acest lucru este important pentru domeniul cercetării de reabilitare, deoarece un obiectiv clar este să crească angajarea persoanelor cu dizabilități. În al treilea rând, modelul include factori de mediu și sociali, ceea ce în contextul angajării persoanelor cu dizabilități este relevant. Acești factori se referă, de exemplu, la presiunile sociale pe care un angajator le resimte, dar și la reglementările cu care un angajator trebuie să se confrunte.

Modelul COM-B poate fi folosit pentru a efectua o analiză comportamentală și a fost deja utilizat pentru a identifica factorii care influențează comportamentul în diverse contexte. Cu toate acestea, nu a fost încă aplicat comportamentului de angajare. Analiza comportamentală realizată prin această cercetare contribuie la măsurile de politici bazate pe dovezi îndreptate către angajatori, cum ar fi campanii și facilități fiscale. De asemenea, poate oferi căi pentru intervenții noi, deoarece fiecare componentă COM-B este conectată la intervenții specifice prin roata schimbării comportamentale. Astfel, studiul nostru poate identifica factori care ar contribui la influențarea factorilor de decizie în vederea îmbunătățirii politicilor sociale prin care să se creeze intervenții care reduc barierele sau amplifică facilitatorii și, în cele din urmă, stimulează angajatorii să angajeze mai multe persoane cu dizabilități.

Care sunt rezultatele revizuirii sistematice?

Acest studiu a avut ca scop identificarea capacităților, oportunităților și motivațiilor (COM) care afectează comportamentul de angajare (B) al angajatorilor în ceea ce privește persoanele cu dizabilități. Prin analiza studiilor științifice, au fost identificate constatări relevante pentru înțelegerea acestui comportament.

Au fost identificați 32 de factori care influențează comportamentul de angajare al angajatorilor în ceea ce privește persoanele cu dizabilități. Mulți dintre acești factori oferă posibilități pentru intervenții care pot stimula angajatorii să angajeze mai multe persoane cu dizabilități.

Primele trei obstacole semnalate în literatură în ceea ce privește angajarea persoanelor cu dizabilități sunt: **(1) percepția că persoanele cu dizabilități nu sunt productive, (2) preocupările legate de costuri și (3) lipsa cunoștințelor despre dizabilități.** Credințele negative despre productivitate și preocupările legate de costuri au avut un efect predominant negativ asupra comportamentului de angajare. Factorii facilitatori/favorizanți pentru angajarea persoanelor cu dizabilități includ: **(1) motivația pro-socială, (2) lucrul în cadrul unei organizații mari și (3) așteptarea unor avantaje competitive.** Alți factori, precum lipsa intențiilor de angajare și sentimentul de control, au fost studiați în mod limitat, iar efectele lor asupra comportamentului de angajare necesită cercetări viitoare.

Studiul scoate în evidență modul în care comportamentul de angajare este influențat de o combinație complexă de factori, iar impactul lor poate varia în funcție de circumstanțe. **Contextul, mărimea companiei și factorii politici pot juca un rol crucial în determinarea modului în care acești factori afectează deciziile de angajare ale angajatorilor.** De exemplu, factori precum "având posturi disponibile" pot avea atât efecte pozitive, cât și negative asupra angajării în funcție de circumstanțe. În plus, unii factori pot părea contradictorii între ei. De exemplu, factorii "costuri asociate" și "așteptarea câștigurilor financiare" pot avea efecte opuse, sugerând o complexitate în luarea deciziilor de angajare. Acest lucru înseamnă că unii angajatori nu sunt îngrijorați de costurile asociate cu angajarea persoanelor cu dizabilități, ci văd câștiguri financiare din angajare, de exemplu, din cauza unei rate scăzute a rotației personalului. Acest lucru a fost găsit și pentru „credința că persoanele cu dizabilități nu sunt

productive”. În contrast cu angajatorii care cred că persoanele cu dizabilități nu sunt productive, unii angajatori au declarat că persoanele cu dizabilități ar putea oferi produse fără greșeli.

De asemenea, studiul subliniază că este important să se înțeleagă că efectele factorilor pot varia în funcție de tipul de dizabilitate, iar acest aspect ar trebui explorat mai detaliat în cercetările viitoare. În acest sens, autorii menționează două studii care demonstrează acest lucru, respectiv studiul realizat de Kocman și colaboratorii⁸³ care subliniază că angajatorii credeau despre clienți că vor reacționa mai negativ la persoanele cu dizabilități intelectuale decât la cele cu dizabilități fizice, și cel al lui Notaroberto și D’Angelo⁸⁴ care au raportat că angajatorii au o preferință pentru dizabilitățile care necesită mai puține schimbări în mediul fizic.

Studiul contribuie la înțelegerea complexității comportamentului de angajare al angajatorilor în ceea ce privește persoanele cu dizabilități. De asemenea, subliniază importanța abordării multifacetice⁸⁵ în intervențiile menite să stimuleze angajarea acestor persoane. Modelul COM-B poate servi ca un cadru util pentru înțelegerea și influențarea acestor comportamente, iar viitoarele cercetări ar putea explora mai adânc diferitele aspecte identificate în această recenzie, în contexte și populații diverse. Toate aceste constatări au implicații semnificative pentru cercetarea viitoare și pentru dezvoltarea intervențiilor și politicilor destinate promovării angajării incluzive a persoanelor cu dizabilități.

Care sunt concluziile revizuirii sistematice?

Studiul oferă o perspectivă amplă asupra factorilor care influențează deciziile de angajare ale angajatorilor cu privire la persoanele cu dizabilități. Astfel, deciziile de angajare sunt influențate de o serie de bariere și facilitatori diferiți. Efectul acestor factori poate varia în funcție de organizații și tipurile de dizabilități. Rezultatele și concluziile pot fi folosite de cercetători, factori de decizie și organizații pentru a crea intervenții menite să sporească angajarea persoanelor cu dizabilități.

Concluziile studiului pot contribui la ghidarea luării unei decizii informate cu privire la elaborarea unor planuri de intervenție indirectă, în câmpul social mai larg al beneficiarilor, respectiv companiile/angajatorii din comunitate, pentru a crește rata de angajare pentru persoanele cu dizabilități.

⁸³ Kocman A, Fischer L, Andreas W. (2018), The employers’ perspective on barriers and facilitators to employment of people with intellectual disability: a differential mixed-method approach. J Appl Res Intellect Disabil.

⁸⁴ Notaroberto L, d’Angelo MJ. (2020) Employability of the disabled people: a Brazilian case in the light of the theory of social learning for sustainability. Int J Hum Resour Dev Manag.

⁸⁵ Abordarea multifacetică se referă la o metodă sau strategie care implică luarea în considerare și tratarea a multiple aspecte, dimensiuni sau factori ai unei situații, probleme sau fenomene. În loc să se concentreze doar pe un singur aspect, abordarea multifacetică implică analiza și intervenția într-o manieră cuprinzătoare și integrată. Acest tip de abordare recunoaște că situațiile complexe sunt influențate de mai mulți factori interconectați și că soluțiile eficiente necesită o înțelegere profundă a acestor interacțiuni. În contextul angajării persoanelor cu dizabilități, abordarea multifacetică ar putea însemna că, în loc să se concentreze doar pe un singur aspect (de exemplu, convingerile angajatorilor despre productivitatea persoanelor cu dizabilități), cercetările și intervențiile ar lua în considerare mai multe dimensiuni, cum ar fi: convingerile angajatorilor, așteptările privind costurile, motivația pro-socială, dimensiunea organizației, contextul legislativ și politic, disponibilitatea resurselor pentru adaptări la locul de muncă, accesibilitatea fizică a spațiilor de lucru, comunicarea cu persoanele cu dizabilități și așa mai departe.

Parcursul concluziilor studiului de față ne permite să înțelegem mai bine cum influențează anumiți factori comportamentul angajatorilor în ceea ce privește angajarea persoanelor cu dizabilități și să luăm o decizie informată, bazată pe dovezi cu privire la intervenția socială cea mai adecvată pentru situația prezentată⁸⁶. Modelul COM-B este un cadru util pentru a analiza și a înțelege acești factori și pentru a dezvolta practici bazate pe dovezi pentru a îmbunătăți comportamentul angajatorilor în această privință. Pentru practică este o abordare nouă întrucât intervențiile tradiționale s-au concentrat pe îmbunătățirea abilităților și motivațiilor persoanelor cu dizabilități pentru a le face mai atractive pentru angajatori, prin intermediul programelor de reabilitare vocațională. Totuși, recent, politicile care combat șomajul persoanelor cu dizabilități au început să se concentreze pe partea de cerere a pieței muncii, vizând angajatorii și organizațiile lor. De exemplu, Convenția Națiunilor Unite privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, care a intrat în vigoare în 2008, a stimulat introducerea legislației antidiscriminare în multe țări, inclusiv în România⁸⁷. Această orientare către cererea de pe piața muncii în politici sociale crește relevanța cunoștințelor despre ceea ce determină angajatorii să (nu) angajeze persoane cu dizabilități și ce bariere și facilitatori au un rol în aceasta. Ca asistenți sociali în domeniul persoanelor cu dizabilități este deosebit de important să ne aducem contribuția la crearea de medii de lucru incluzive, identificarea barierelor sau obstacolelor care împiedică angajarea persoanelor cu dizabilități și dezvoltarea politicilor și programelor care să faciliteze integrarea acestor persoane pe piața muncii. Nivelul de intervenție al asistentului social este unul axat pe câmpul social mai larg al beneficiarului, respectiv companiile și angajatorii locali din comunitate și poate include atât intervenții în prezența/cu participarea beneficiarilor, cât și în absența acestuia.

În situația de față, consilierea informațională a beneficiarului asupra rezultatelor cercetării, pentru a determina cât de mult se potrivesc opțiunile identificate cu valorile, preferințele și cultura acestuia, ar putea să însemne solicitarea acordului pentru participarea la întâlniri/evenimente publice la care să-și spună povestea sau să împărtășească angajatorilor experiențele trăite în căutarea unui loc de muncă (materiale promoționale, interviuri, podcasturi), implicarea în realizarea de lucrări/obiecte care să evidențieze abilitățile, talentele lor care să fie prezentate la evenimente din comunitate la care participă angajatori (bursa locurilor de muncă, comunitatea oamenilor de afaceri etc.). Propunerile discutate și agreeate cu fiecare beneficiar vor fi incluse în planurile individuale de intervenție.

Nivelul de intervenție al asistentului social este unul axat pe câmpul social mai larg al beneficiarului, respectiv companiile și angajatorii locali din comunitate și poate include atât intervenții în prezența/cu participarea beneficiarilor, cât și în absența acestora. Acțiunile și intervențiile bazate pe dovezi pot fi incluse într-o strategie sau un plan de intervenție care să vizeze factorii cheie care influențează comportamentul angajatorilor, pentru a stimula schimbarea în comportamentul angajatorilor și pentru a crește șansele de angajare ale persoanelor cu dizabilități.

⁸⁶ Un model care poate fi folosit pentru luarea deciziilor informate și bazate pe dovezi este modelul D.E.C.I.D.E care oferă o abordare structurată a etapelor PBE asigurând evaluarea potrivirii între evidențe/dovezi, experiența asistentului social și prioritățile individuale ale beneficiarului.

⁸⁷ În România actul a fost publicat în MO din nr. 792 din 26 noiembrie 2010 și poate fi consultat accesând linkul: <https://legislatie.just.ro/Public/DetaliuDocumentAfis/123948>

Aceste intervenții la nivelul câmpului social mai larg al beneficiarului ar putea viza:

- » **Realizarea unei analize profunde a comportamentului angajatorilor locali, pentru identificarea factorilor cheie în termeni de obstacole și facilitatori:** folosirea modelului COM-B pentru identificarea factorilor cheie care influențează comportamentul angajatorilor locali în ceea ce privește angajarea persoanelor cu dizabilități. Acest lucru poate implica identificarea capacităților, oportunităților și motivațiilor care pot fi ajustate pentru a încuraja angajarea. Pe baza cercetării, se poate elabora, la nivelul serviciului, un plan de intervenție care să vizeze factorii cheie care influențează comportamentul angajatorilor.
- » **Selectarea intervențiilor potrivite:** aceste intervenții ar trebui să vizeze îmbunătățirea capacităților, creșterea oportunităților sau stimularea motivațiilor angajatorilor pentru a angaja persoane cu dizabilități. De exemplu: dezvoltarea unui program de formare pentru angajatori pentru a le dezvolta competențe în gestionarea diversității și în promovarea locurilor de muncă incluzive, crearea unor ghiduri și resurse pentru eliminarea bias-ului⁸⁸ inconștient în procesele de recrutare și selecție va contribui la îmbunătățirea proceselor de recrutare și selecție și promovarea unor politici de angajare incluzive, sau comunicarea avantajelor concrete ale angajării persoanelor cu dizabilități, ori creșterea productivității și a satisfacției clienților poate să motiveze angajatorii să adopte practici mai incluzive.
- » **Comunicare și conștientizare:** prin aceste acțiuni se urmărește comunicarea beneficiilor angajării persoanelor cu dizabilități și sensibilizarea angajatorilor.
- » **Colaborarea cu părțile interesate pentru advocacy:** implicarea părților interesate relevante (asociații de părinți, organizații nonguvernamentale, CNDR- Consiliul Național al Dizabilității din România, universități, întreprinderi sociale etc.) pentru a obține sprijin și pentru a dezvolta eforturi comune în promovarea angajării acestora.

Atunci când se trece la etapa de implementare este important ca asistentul social să evalueze măsura în care deține competențele și pregătirea necesară, iar dacă nu le deține, să solicite sprijin sau resurse adecvate implementării intervențiilor. Dacă implementarea presupune competențe noi, diferite pentru implementarea modelului COM-B, este important să fie parcurs un program de instruire, studiu individual sau/și supervizare profesională sau angajarea unui psiholog. Pentru a ajunge la angajatorii mai receptivi, asistentul social ar putea avea rolul să cerceteze piața muncii de la nivel local, pentru a identifica companiile sau organizațiile care au politici de angajare incluzive și care ar putea fi deschise la angajarea persoanelor cu dizabilități. Pentru elaborarea programului de formare pentru angajatori, sau elaborarea ghidurilor de recrutare și selecție, trebuie văzut dacă echipa serviciului deține competențele necesare sau este nevoie de un furnizor de formare, respectiv un expert în dizabilitate. Pe toată perioada implementării este important ca angajatorii să aibă acces la resurse și suport, pentru a implementa schimbările necesare în practicile lor de angajare, ceea ce presupune o foaie de parcurs comună, întâlniri periodice, oferire și primire feedback din partea angajaților, precum și din partea persoanelor cu dizabilități care au trecut prin procesul de selecție, recrutare sau angajare la companiile respective.

⁸⁸ Un "bias" (în română "prejudecată" sau "părtinire") se referă la o tendință sau o înclinație sistematică de a face judecăți sau decizii într-un mod subiectiv, în detrimentul obiectivității. Aceasta poate să apară atunci când o persoană are o preferință personală, o idee preconcepută sau o influență care afectează în mod negativ modul în care aceasta percepe, evaluează sau acționează într-o anumită situație. Biasurile pot fi inconștiente sau conștiente și pot influența modul în care o persoană interacționează cu oamenii, ia decizii sau procesează informații.

Evaluarea eficacității intervenției pe bază de evidențe/dovezi implică colectarea și analiza datelor pentru a determina dacă intervenția este eficientă în atingerea obiectivelor propuse. Acest proces este esențial pentru luarea deciziilor informate și pentru asigurarea îmbunătățirii continue a intervenției.

În contextul evaluării unei intervenții care urmărește creșterea ratei de angajare a persoanelor adulte cu dizabilități, evaluarea eficacității intervenției ar putea însemna:

STABILIREA OBIECTIVELOR ȘI INDICATORILOR DE SUCCES

Ex. obiective intervenție: creșterea numărului de angajatori care recrutează persoane cu dizabilități;
Ex. indicatori de succes: numărul de locuri de muncă create sau procentajul de angajatori care adoptă politici de incluziune.

COLECTAREA DATELOR INIȚIALE

Bază de date privind rata actuală de angajare a persoanelor cu dizabilități și sursele de dificultate în recrutare (interviuri cu angajatori, organizații de sprijin și persoane cu dizabilități).

COLECTAREA DATELOR ULTERIOARE

Pe măsură ce intervenția se desfășoară, colectați date pentru a evalua progresul, cum ar fi numărul de locuri de muncă disponibile pentru persoanele cu dizabilități și feedbackul de la angajatori.

COMPARAREA DATELOR INIȚIALE CU CELE ULTERIOARE

Comparați datele ulterioare cu datele inițiale pentru a evalua impactul intervenției în ceea ce privește angajarea persoanelor cu dizabilități.

ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR

Analizați datele pentru a identifica schimbările semnificative în comportamentul angajatorilor și în ratele de angajare. Identificați factorii care contribuie la succes sau la lipsa de succes a intervenției.

RAPORTAREA REZULTATELOR

Comunicați rezultatele evaluării către părțile interesate, cum ar fi angajatorii, organizațiile de sprijin și persoanele cu dizabilități.

AJUSTAREA INTERVENȚIEI

Dacă intervenția nu a avut impactul dorit sau au fost identificate probleme, ajustați programul pentru a îmbunătăți eficacitatea sa. Continuați să monitorizați și să evaluați în mod regulat pentru a adapta intervenția la schimbările circumstanțelor.

CONTINUAREA EVALUĂRII

Faceți evaluarea eficacității intervenției un proces continuu, pentru a asigura că angajarea persoanelor cu dizabilități rămâne o prioritate și pentru a se adapta la schimbările în mediul de lucru sau din legislație.

DOCUMENTAREA ȘI ÎNVĂȚAREA DIN EXPERIENȚĂ

Documentați rezultatele și lecțiile învățate pe parcursul evaluării. Utilizați aceste informații pentru a ghida viitoarele eforturi de creștere a ratei de angajare a persoanelor cu dizabilități.

Acest exemplu ilustrează cum cercetările pot fi utilizate pentru a analiza factorii care influențează comportamentul angajatorilor conform modelului COM-B și cum practicile bazate pe dovezi pot fi dezvoltate pentru a îmbunătăți angajarea persoanelor cu dizabilități.

Exemplul 2:

Pachetul Minim de Servicii pentru copiii cei mai vulnerabili și familiile lor - un model de program comunitar cu o abordare bazată pe evidențe

Situație ipotetică: Să luăm în considerare un exemplu de practică în care un asistent social angajat la o primărie dintr-o comunitate rurală dorește să strângă evidențe/dovezi pentru o decizie mai informată cu privire la cea mai bună intervenție pentru copiii expuși riscului de sărăcie și excluziune socială din comună. Preocuparea lui este dată și de faptul că, din această comună, în ultimii 2 ani, pentru 15 copii din cele mai sărace familii au fost instituite măsuri de protecție specială.

Vom utiliza modelul D.E.C.I.D.E pentru luarea unei decizii informate, bazată pe evidențe pe care asistentul social le poate parcurge pentru a argumenta/susține o schimbare de practică/implementare intervenții noi/ajustarea lor la nevoile beneficiarilor.

Modelul D.E.C.I.D.E

DEFINEȘTE întrebarea ta

Întrebarea PICO

P: Copiii vulnerabili expuși riscului de sărăcie și excluziune socială și familiile acestora.

I: Un program cu o abordare intersectorială care să presupună creșterea accesului la servicii de protecție, educație și sănătate.

C: Lipsa serviciilor de prevenire la nivelul comunității locale.

O: Diminuarea vulnerabilităților și reducerea riscului de excluziune socială a copiilor din familii sărace.

Întrebarea PICO: Implementarea unui program cu o abordare intersectorială, în care se vor furniza servicii sociale de bază în comunitate, va contribui la reducerea riscului de excluziune socială a copiilor din familii sărace?

EXTRAPOLEAZĂ informațiile aplicabile din dovezile din cercetare

Pachetul Minim de Servicii (PMS) reprezintă un model de intervenție⁸⁹ care abordează 14 tipuri de vulnerabilități (din care 42 se referă la copii), adesea invizibile în comunități.

Potrivit teoriei schimbării, modelul Pachetul Minim de Servicii (PMS) încearcă să demonstreze că furnizarea „integrată/coordonată a unui pachet universal de servicii comunitare (sănătate, educație, protecție socială) adresate copiilor și familiilor lor, va reduce inechitățile și lipsurile cu care se confruntă copiii din comunitățile vizate.”

La elaborarea designului intervenției au stat studii care evidențiază: (i) importanța programelor comunitare care includ măsuri specifice destinate persoanelor care trăiesc în zone defavorizate, care afectează grav și pe termen lung bunăstarea, măsuri care completează politica socială generală (Vinson, T., 2009, Markedly socially disadvantaged localities in Australia);

⁸⁹ Pentru a testa eficacitatea unui model de servicii comunitare de bază integrate, cu accent pe prevenire, în reducerea riscului de excluziune socială a copiilor și familiilor lor, PMS a fost adaptat și testat în 38 de localități (34 rurale și 4 urbane) din județul Bacău în cadrul proiectului demonstrativ implementat de UNICEF - „Incluziune socială prin furnizarea de servicii sociale integrate la nivelul comunității”, implementat în perioada 2014-2018. Grupul țintă a inclus toți copiii vulnerabili din comunitățile vizate, reprezentând peste 20.900 de copii, ceea ce înseamnă aproximativ 0,5% din populația totală a copiilor din România și mai mult de 15% din populația totală a copiilor din județul Bacău.

(ii) evoluția înregistrată de practica bazată pe dovezi, de la concentrarea limitată pe stadiile de dezvoltare ale copiilor, către recunoașterea importanței abordării condițiilor care afectează capacitatea familiilor și comunităților de a-și îngriji copiii. Cercetarea subliniază, de asemenea, că îmbunătățirea rezultatelor necesită acțiuni intersectoriale și implicarea activă a copiilor, familiilor și comunităților locale (Utting et al. 2014, Better Results for Children and Families);

(iii) consecințele fragmentării sistemului de servicii care afectează capacitatea acestuia de a sprijini eficient copiii și familiile, cei mai afectați fiind copiii mici și familiile defavorizate și necesitatea trecerii la furnizarea de servicii mai integrate (T. Moore, A. Skinner, 2010, An integrated approach to early childhood development).

PMS are la bază o abordare cuprinzătoare, concentrându-se pe asistența socială, serviciile medicale comunitare și eforturile de a spori participarea la școală, precum și prevenirea și combaterea abandonului școlar. Toate acestea se bazează pe o evaluare completă a situației copiilor, cu date înregistrate într-o bază de date pentru monitorizarea sistematică a serviciilor oferite. Modelul este conceput pentru a răspunde într-o măsură foarte mare tuturor nevoilor celor mai vulnerabili dintre copii.

Capacitatea administrativă a SPAS de a furniza servicii preventive copiilor este una restrânsă și s-au instalat următoarele probleme critice:

- În cadrul serviciilor publice de asistență socială (SPAS), asistenții sociali alocă cea mai mare parte a programului lor de lucru acordării beneficiilor, în detrimentul altor intervenții menite să prevină separarea copilului de familie.
- Majoritatea serviciilor ce urmăresc prevenirea separării copilului se găsesc la nivel județean, contrar principiului descentralizării și principiului subsidiarității din domeniul asistenței sociale, în timp ce SPAS se limitează la a acorda beneficii.
- SPAS-urile sunt slab dezvoltate, mai ales în mediul rural, confruntându-se cu o lipsă acută de personal specializat și utilizând rar metodologiile de lucru.

Rezultatele obținute în urma implementării arată că: procentul de copii cu risc de separare de familie a scăzut la 0, toți copiii identificați fără documente la începutul programului au acte de identitate și sunt înregistrați la un medic de familie, numărul copiilor nevaccinați a scăzut cu 40%, toți preșcolarii au fost înscriși la grădiniță, abandonul școlar a fost redus cu 60%, numărul copiilor expuși la risc de violență a scăzut cu 40%, numărul mamelor adolescente a scăzut cu 50%.

Punctele forte⁹⁰ ale PMS:

- consolidează colaborarea și responsabilizează diferite instituții de la nivel local și județean;
- este proactiv, vizitele pe teren fiind condiția pentru a îi identifica pe "copiii invizibili";
- recensământul comunitar este extrem de relevant și esențial ca punct de plecare pentru furnizarea PMS, oferind toate informațiile necesare pentru a selecta și a prioritiza beneficiarii serviciilor;
- se concentrează pe activitatea de prevenție;
- este comprehensiv, oferind o privire de ansamblu asupra copiilor, familiilor și comunităților în care se află;
- furnizează servicii de bază la domiciliu sau în imediata vecinătate, în centrele comunitare;
- contribuie la creșterea conștientizării vulnerabilităților la nivel local și mobilizează comunitățile în a le diminua, inclusiv prin pregătirea și formarea echipei de profesioniști locali;
- folosește metoda managementului de caz;

⁹⁰ UNICEF, Pachetul Minim de Servicii Date și dovezi științifice – câteva repere, 2019

- elimină cea mai mare parte a documentelor scrise, lăsând timp profesioniștilor pentru a aborda problemele stringente din viața beneficiarilor, de la nivelul comunității;
- facilitează accesul rapid la date statistice și la diverse tipuri de agregare al decidenților și profesioniștilor, în funcție de vulnerabilități, făcând posibilă realizarea de planuri de servicii individualizate, cu intervenții centrate pe diminuarea vulnerabilităților.

Concluzii:

- » Pachetul Minim de Servicii este un model care poate fi adaptat pentru a răspunde cât mai bine nevoilor din fiecare comunitate. Autoritățile locale sau primarii pot fi inițiatorii și susținătorii furnizării Pachetului Minim de Servicii.
- » Modelul PMS se aliniază cu cerințele legislației și ordinelor comune care promovează abordarea integrată în furnizarea serviciilor sociale, reducând suprapunerile și asigurând utilizarea eficientă a resurselor disponibile.
- » PMS a demonstrat o eficiență semnificativă din punct de vedere financiar, cu costuri reduse în comparație cu alte proiecte sociale sau costurile standard.
- » PMS a devenit un element cheie în cadrul mai multor strategii naționale de incluziune socială și a influențat legislația și politicile sociale. Acest lucru subliniază impactul său asupra politicilor și cadrului legislativ din România.

CONSIDERĂ expertiza ta și expertiza altora

Pe perioada implementării modelului au fost colectate date și informații care descriu programul și rezultatele evaluării modelului din perspectiva eficienței, eficacității, impactului și sustenabilității. Aceste documente pot fi consultate prin accesarea linkurilor:

- Pachetul Minim de Servicii. Date și dovezi științifice - câteva repere (<https://www.unicef.org/romania/ro/documents/repere-pachetul-minim-de-servicii>)
- Sprijinirea copiilor invizibili, Al doilea raport de evaluare (2013) (https://www.researchgate.net/publication/268220422_Sprijinirea_copiilor_invizibili_Al_doilea_raport_de_evaluare)
- Evaluarea sumativă a modelului Prima prioritate: Niciun copil invizibil! - Raport de evaluare (2017) (<https://www.unicef.org/romania/ro/rapoarte/evaluarea-sumativ%C4%83-modelului-%E2%80%99Prima-prioritate-niciun-copil-%C2%ABinvizibil%C2%BB>)
- Evaluarea sumativă a componentei Pachetul Minim de Servicii a proiectului demonstrativ „Incluziune socială prin furnizarea de servicii sociale integrate la nivelul comunității” - Raport de evaluare (2019) (<https://www.unicef.org/romania/ro/rapoarte/evaluarea-pachetul-minim-de-servicii>)

Descrierea intervenției

Pachetul Minim de Servicii asigură accesul integrat la servicii de sănătate, protecție socială și educație, fiind axat asupra celor mai vulnerabili copii și familiilor acestora. Prin aceste servicii, programul urmărește prevenirea și abordarea cât mai din timp a unor probleme precum: violența, sărăcia, sarcinile timpurii, bolile ce pot fi prevenite, lipsa accesului la prestațiile bănești, abandonul școlar etc.

În PMS, **vizitele pe teren** sunt esențiale pentru identificarea „copiilor invizibili” și evaluarea nevoilor lor, ceea ce va contribui la diminuarea practicilor “asistenței sociale din birou”. Prin utilizarea instrumentului „**Aurora**”⁹¹ este eliminată cea mai mare parte a documentelor scrise, lăsând timp profesioniștilor pentru a sprijini efectiv beneficiarii la nivelul comunității. Totodată, acesta permite accesul rapid al profesioniștilor la date statistice și la diverse tipuri de agregare de date, în funcție de vulnerabilități, făcând posibilă realizarea de **planuri de servicii individualizate**. Planul de servicii sugerat de „Aurora” este discutat în cadrul echipei, care mai apoi prioritizează serviciile conform obiectivelor stabilite (de exemplu, înscrierea copilului la școală și protejarea lui de comportamente violente). În cadrul procesului, sunt mobilizate și Structurile Comunitare Consultative care au rolul de a completa recomandările de priorizare și le validează.

De asemenea, PMS presupune ca în fiecare comunitate să existe cel puțin un asistent social, o asistentă medicală comunitară și un consilier școlar. Împreună, aceștia vin în sprijinul copiilor vulnerabili și al familiilor acestora, determinând nevoile lor și acordându-le servicii în funcție de acestea. Prezența unei **echipe multidisciplinare** în comunitate, formată din asistenți sociali, asistenți medicali comunitari și consilieri școlari, permite profesioniștilor să acopere o gamă largă de nevoi și să ofere un sprijin cuprinzător pentru copii și familiile lor, colaborarea strânsă și comunicarea constantă între membrii echipei, precum și cu alți actori locali pentru a asigura coeziunea și eficacitatea intervenției. Aplicarea **managementului de caz** asigură coordonare eficientă a serviciilor și urmărirea atentă a fiecărui caz, pentru a asigura progresul și îndeplinirea obiectivelor stabilite.

Recomandările experților care au evaluat acest model au mers în direcția:

- necesității evaluării complete a nevoilor comunității și a vulnerabilităților membrilor săi;
- dezvoltării serviciilor specializate, inclusiv a celor mobile, în paralel cu PMS pentru a oferi posibilitatea unor rezultate și mai bune și acoperirii nevoilor identificate și care nu pot fi acoperite de PMS;
- asigurării formării continue a lucrătorilor comunitari – asistenți sociali și asistenți medicali comunitari, pentru a menține calitatea activității lor;
- actualizarea platformei Aurora, astfel încât să devină un puternic instrument de analiză a datelor înregistrate și de monitorizare a evoluției progresului beneficiarilor;
- consultarea reprezentanților administrației locale, a membrilor comunității pentru a asigura cea mai bună implementare la nivel local.

Concluzie:

Pachetul Minim de Servicii (PMS) reprezintă un “concept umbrelă ce introduce un model integrat de servicii de bază furnizate la nivelul comunității, cuprinzând servicii de sănătate, de educație, de protecție socială și protecția copilului, adresate copiilor celor mai vulnerabili și familiilor lor”. Toate acestea se bazează pe evaluarea completă a situației copiilor, cu date înregistrate într-o bază de date pentru monitorizarea sistematică a serviciilor oferite. Este un model care poate fi adaptat pentru a răspunde cât mai bine nevoilor din fiecare comunitate. Programul oferă o privire de ansamblu asupra copiilor, familiilor și comunității, contribuind la conștientizarea vulnerabilităților la nivel local și la mobilizarea comunității în a le diminua, inclusiv prin pregătirea și formarea echipei de profesioniști locali.

⁹¹ Aplicația AURORA dezvoltată de UNICEF este o aplicație avansată de colectare a datelor privind familiile cu copii, care a fost constant testată și îmbunătățită în ultimii ani. Instrumentul din aplicația Aurora include Fișa de identificare a riscurilor din HG nr. 691/2015, dar și o serie de alte întrebări despre situația familiilor și copiilor.

INTEGREAZĂ perspectivele și nevoile beneficiarului (individ, familie, grup, comunitate)

Informațiile pe care le are asistentul social despre copiii și familiile din comunitate sunt:

- în 198 de gospodării trăiesc un număr de 438 de copii, multe dintre familii fiind în situații de risc economic;
- mai bine de 80% din familii au 3 și mai mulți copii;
- multe locuințe sunt supraaglomerate, copiii nu au spațiu în care să-și facă teme;
- în peste 30 de familii unul din părinți lucrează în străinătate;
- numărul cazurilor de repetenție și absenteismul școlar sunt mari;
- sunt familii cu unul sau ambii părinți analfabeți.

În comună sunt 2 grădinițe, 3 școli primare și 1 școală gimnazială, dar nu sunt servicii sociale. La nivelul SPAS sunt 1 asistent social și un asistent medical comunitar și Structura Comunitară Consultativă. Nu există la nivelul comunității o evaluare a nevoilor copiilor și familiilor.

Concluzie:

Asistentul social consideră o prioritate dezvoltarea de servicii de prevenire și suport pentru familiile cu copii. Cunoaște faptul că sunt comunități rurale în care a fost implementat PMS și că poate beneficia de experiența și expertiza colegilor din țară care au fost implicați în implementarea modelului de intervenție.

DEZVOLTĂ un plan de intervenție aducând împreună cele trei componente ale PBE (dovezi, experiența asistentului social și prioritățile beneficiarului)

Asistentul social consideră oportun să vină cu dovezi/evidențe care să susțină implementarea PMS și includerea lui în strategia de dezvoltarea serviciilor locale. Contextul este unul favorabil în condițiile în care se discută la nivelul primăriei despre înființarea unui centru de zi pentru copii.

UNICEF a creat documente utile despre pașii pentru implementarea Pachetului Minim de Servicii, autoritățile locale putând fi inițiatorii și susținătorii furnizării Pachetului Minim de Servicii. Aceste documente pot fi accesate la adresa: <https://www.unicef.org/romania/ro/pachetul-minim-de-servicii-0> și includ informații și metodologii pentru: (i) procesul de recrutare a profesioniștilor pentru crearea echipei comunitare integrate; (ii) formarea resursei umane (manualul participantului și formatorului); (iii) metodologiile de recensământ sau de screening comunitar; (iv) furnizarea PMS la domiciliu copilului și familiei sau în centrele comunitare; (v) monitorizarea și reevaluarea cazurilor prin vizite la domiciliu și evoluția situației la diferite niveluri.

Pentru că există o metodologie de lucru și instrumente create, asistentul social își va documenta propunerea de intervenție urmând pașii pentru implementarea PMS.

<https://www.unicef.org/romania/media/4576/file/Ilustra%C8%9Bie%20%20Pachetul%20Minim%20de%20Servicii.pdf>

Pasul 1: Recrutarea profesioniștilor pentru crearea echipei comunitare integrate

- Crearea (sau ocuparea) de posturi pentru PMS: asistent social, asistent medical comunitar/mediator sanitar, consilier școlar/mediator școlar
- Asigurarea de echipamente și consumabile (tabletă, trusă medicală, etc.)

Pasul 2: Formarea membrilor echipei

- Formarea inițială: metodologia de lucru integrat, Aurora – utilizarea aplicației mobile și a platformei
- Formarea continuă: pe domeniile relevante ale fiecăruia dintre profesioniștii echipei

Pasul 3: Evaluarea nevoilor membrilor comunității

Se realizează de către echipa comunitară integrată cu ajutorul Aurora (prin aplicația de pe tabletă), prin vizite la domiciliu.

Pasul 4: Prioritizarea cazurilor și realizarea planurilor individuale de intervenție

Pasul 5: Furnizarea Pachetului Minim de Servicii la domiciliu sau în centrele comunitare

(asigurarea accesului la servicii integrate de sănătate, protecție socială și educație)

Pasul 6: Monitorizarea și re-evaluarea cazurilor prin vizite la domiciliu

EVALUEAZĂ decizia

Principalele instrumente de monitorizare vor fi rapoartele (de diferite tipuri, cum ar fi pentru monitorizarea progreselor/activităților, monitorizarea financiară, monitorizarea indicatorilor) și vizitele în teren.

În cadrul intervenției, aceste instrumente vor fi folosite de echipa multidisciplinară de la nivelul SPAS.

CONCLUZII GENERALE:

- » Pașii parcurși pentru strângerea de dovezi/evidențe care să stea la baza propunerii unui program de intervenție, care să contribuie la reducerea riscului de excluziune socială a copiilor din familii sărace dintr-o comunitate, ne permite să concluzionăm că programele comunitare și abordarea bazată pe dovezi pot juca un rol semnificativ în îmbunătățirea bunăstării copiilor și reducerea problemelor legate de protecția copilului, cu condiția să fie implementate corect și să implice o colaborare intersectorială extinsă și implicarea activă a comunității;
- » Dovezile generate de monitorizarea și evaluarea modelului de intervenție evidențiază abordarea holistică a PMS în ceea ce privește protecția și sprijinul copiilor și familiilor vulnerabile, cu accent pe prevenție și intervenții timpurii și indică importanța programelor și serviciilor dedicate copiilor și familiilor vulnerabile, precum și necesitatea de a continua și îmbunătăți astfel de inițiative pentru a sprijini dezvoltarea sănătoasă și sigură a copiilor;
- » Valoarea acestui model derivă și din faptul că folosește instrumente standardizate proiectate pentru a colecta date care pot sta la baza practicii bazate pe dovezi în protecția copilului din România.

CONCLUZII

De Florin Lazăr

„O călătorie de o mie de mile începe cu un singur pas.” (Lao Tse)

În literatura de specialitate din domeniul asistenței sociale există și critici aduse PBE.

Dintre argumentele împotriva acestei abordări, cea mai frecventă se referă la imposibilitatea de a generaliza o anumită practică la alte contexte sociale și culturale⁹². De asemenea, se argumentează că realitatea practicii diferă de condițiile de cercetare și ceea ce funcționează în contextul unei cercetări nu se poate aplica întocmai în activitățile de zi cu zi pentru toți beneficiarii, știut fiind faptul că intervențiile sunt personalizate, adaptate fiecărui caz în parte. Este, de asemenea, posibil ca personalitatea asistentului social sau a clientului său să nu se plieze întocmai pe abordarea dovedită eficientă.

O altă critică, având caracter mai degrabă ideologic, arată că PBE se fundamentează pe principiile neoliberalismului, interesat de eficientizarea/reducerea costurilor și pe cuantificare⁹³, iar intervențiile asistenților sociali și modul în care viața beneficiarilor/utilizatorilor de servicii sociale este influențată de acestea nu pot fi întotdeauna cuantificate (ex. cum evidențiezi prin cercetare un zâmbet, un desen de mulțumire, o strângere de mână, o îmbrățișare sau un „Mulțumesc” din partea beneficiarului?).

În ciuda acestor critici și limite, utilizarea practicii bazate pe evidențe în activitatea asistenților sociali este o abordare care capătă o tot mai mare importanță în contextul preocupărilor legate de utilizarea eficientă a resurselor limitate. Relevanța ei în contextul românesc, în care penuria de resurse este adeseori cronică, este evidentă.



Din perspectivă pragmatică, asistenții sociali pot începe cu documentarea pentru a identifica cercetările care prezintă anumite tipuri de intervenții în domeniul sau pentru tipul de problemă/situație problematică cu care se confruntă (practica informată de evidențe), apoi să treacă la căutarea și utilizarea mai multor astfel de intervenții (practici bazate pe evidențe) și, în cele din urmă, conform modelului explicat în acest ghid, apelând la expertiza proprie și perspectiva clienților lor, să adopte o practică bazată pe evidențe (vezi figura).

⁹² Nevo, I., & Slonim-Nevo, V. (2011). The myth of evidence-based practice: Towards evidence-informed practice. *British journal of social work*, 41(6), 1176-1197.

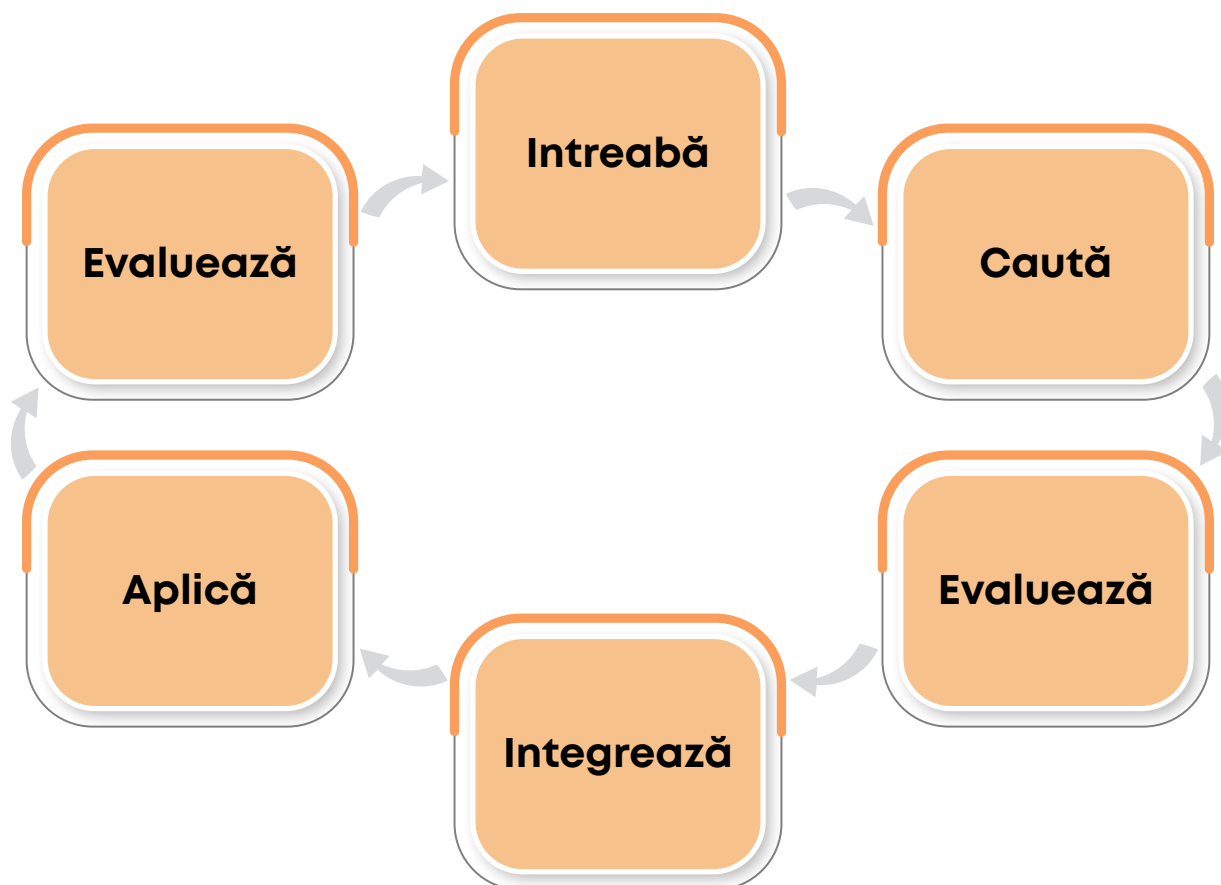
Webb, S. A. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British journal of social work*, 31(1), 57-79.

⁹³ Webb, S. A. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British journal of social work*, 31(1), 57-79.

Diagrama de mai jos, o ilustrație a celor 6 pași ai practicii bazate pe evidențe/dovezi (PBE), este doar atât: o diagramă. Singură nu realizează nimic, iar acest Ghid nu va realiza nimic decât dacă îl puneți în practică. PBE trebuie pusă în aplicare, iar abordarea sistematică descrisă aici vă poate, cel puțin, orienta să identificați deficiențele în dovezi/practică și să implementați schimbări în domeniul de asistență socială în care activați, care să ducă la îmbunătățirea calității serviciilor furnizate beneficiarilor dvs.

Uitați-vă în jurul vostru! Discutați cu colegii! Există o anumită arie în practica voastră profesională care ar putea fi îmbunătățită? Ați putea forma o echipă “PBE”?

Faceți primul pas!



REFERINȚE BIBLIOGRAFICE

American Speech-Language-Hearing Association (2023), Evidence-Based Practice Toolkit. Disponibil la adresa: <https://www.asha.org/research/ebp/evidence-based-practice-toolkit/>

Baur, C. (2021, 17 noiembrie). What is the Hierarchy of Evidence? Research Square, <https://www.researchsquare.com/blog/what-is-the-hierarchy-of-evidence>

Baviskar, S., Bergström, M. How Can Social Workers Assess Clinically Meaningful Change in Their Clients? An Example from Children in Care. Clin Soc Work J 51, 328–338 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10615-023-00881-3>

Begun, A.L. (2018), SWK 3402 online coursebook: Research & statistics for understanding social work interventions. The Ohio State University, Open Educational Resources. Disponibil la adresa: <https://ohiostate.pressbooks.pub/swk3402/>

Bellamy, J. L., Bledsoe, S. E., & Traube, D. E. (2006). The current state of evidence-based practice in social work: A review of the literature and qualitative analysis of expert interviews. Journal of Evidence-Based Social Work, 3(1), 23-48.

Briner, R. (2019), The Basics of Evidence-Based Practice. Disponibil la adresa: <https://www.shrm.org/executive/resources/people-strategy-journal/winter2019/pages/ebp-briner.aspx>

Charlton, B.G. (1997). Restoring the balance: evidence-based medicine put in its place. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 3(2), 87–98.

Cheetham, J. (1992). Evaluating social work effectiveness. Research on Social Work Practice, 2(3), 265–287.

CNASR - Colegiul Național al Asistenților Sociali din România (2019) Cod privind practica asistentului social. Disponibil la adresa:

https://main.components.ro/uploads/12c6a09675620f589055800ba6ceceee/2020/01/cnasr_catalog-a5_-148x210mm-_lowres_protect-1-bun-de-print.pdf

Cochrane UK (2016, 2 decembrie). Meta-analysis: What, Why and How? Cochrane UK, <https://uk.cochrane.org/news/meta-analysis-what-why-and-how>

Drisko, J. W., & Friedman, A. (2019). Let's clearly distinguish evidence-based practice and empirically supported treatments. Smith College Studies in Social Work, 89(3-4), 264-281.

Drisko, J. W., & Grady, M. D. (2019). Evidence-based practice in clinical social work. Second Edition, Springer.

Enache, I. (2023) Îngrijirea de lungă durată a vârstnicilor din România și din alte state europene. Disponibil la adresa: <https://cnpv.ro/wp-content/uploads/2023/07/ILD-a-varstnicilor-din-Romania-si-din-alte-state-europene.pdf>

European Commission (2021) Joint Employment Report 2021. Disponibil la adresa: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=8351&furtherPubs=yes>

Gibbs, L. (2002). Evidence-based practice for the helping professions: A practical guide. New York: Brooks-Cole.

Gilgun, J. F. (2005). The four cornerstones of evidence-based practice in social work. *Research on social work practice*, 15(1), 52-61.

Grady, M. D., & Dombo, E. A. (2016). Moving beyond assessment: A practical guide for beginning helping professionals. Oxford University Press.

Gray, M., Plath, D., & Webb, S. (2009). Evidence-based social work: A critical stance. Routledge.

Haidich, A-B. (2010). Meta-analysis in medical research. *Hippokratia* 14. Suppl 1 (2010): 29-37.

Iovu, M. B., & Lazăr, F. (2022). Social work competencies: a descriptive analysis on practice behaviours among Romanian social workers. *European Journal of Social Work*, 25(3), 457- 470.

Iovu, M. B., Lazăr, F., & Cristea, D. (2020). Competențele profesionale ale asistenților sociali. Tritonic.

Iovu, M. B., & Runcan, P. (2012). Evidence-based practice: knowledge, attitudes, and beliefs of social workers in Romania. *Revista de cercetare si intervenție socială*, 38, 54-70.

Iovu, M. B., Goian, C., & Runcan, P. L. (2015). Evidence-based practice among Romanian social workers: Attitudes, utilization, and barriers. *Journal of evidence-informed social work*, 12(5), 524-533.

Jenson, J.M, Howard, M.O (2013), Evidence Based Practice -Encyclopaedia of Social Work. Disponibil la adresa: <https://oxfordre.com/socialwork/display/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-137>

Kondrat, M. E. (2008). Person-in-environment. In T. Mizrahi & L. E. Davis (Eds.), *Encyclopaedia of social work* (20th ed., pp. 348–354). New York: Oxford University Press.

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB, editors. World Report on Violence and Health, Vol. 22, Suppl 2. Geneva: World Health Organisation, 2002: 327–36. Disponibil la adresa: <http://elib.ipa.government.bg:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/561/World%20report%20on%20violence%20and%20health%20pdf.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Leen, Brendan; Bell, Miriam & McQuillan, Patricia (2014) "Evidence based practice: a practice manual" Kilkenny. HSE

McCracken, S. G., & Marsh, J. C. (2008). Practitioner expertise in evidence-based practice decision making. *Research on social work practice*, 18(4), 301-310.

McNeece, C.A., Thyer, B.A. (2004). Evidence-Based Practice and Social Work, *Journal of Evidence-Based Social Work*, 1:1, 7-25, DOI: 10.1300/J394v01n01_02

Ministerul Muncii și Justiției Sociale (2023), Pachet de proceduri, metodologii și instrumente de lucru SCI. Disponibil la adresa: <https://serviciicomunitare.ro/metodologii>

Minkov, D. (2014, 29 aprilie). The Evidence-Based Medicine Pyramid! Students for Best Evidence, <https://s4be.cochrane.org/blog/2014/04/29/the-evidence-based-medicine-pyramid/>

Nagtegaal, R., de Boer, N., van Berkel, R. et al. (2023) Why Do Employers (Fail to) Hire People with Disabilities? A Systematic Review of Capabilities, Opportunities and Motivations. *Journal of Occupational Rehabilitation* 33, pp. 329–340 . Disponibil la adresa: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10926-022-10076-1>

Nevo, I., & Slonim-Nevo, V. (2011). The myth of evidence-based practice: Towards evidence-informed practice. *British journal of social work*, 41(6), 1176-1197.

Persons, J. (1999). Evidence-based psychotherapy: A graduate course. *Clinical Science*, 2, 12.
Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. (2016), Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist* 2016;56:S194–205. Disponibil la adresa: https://academic.oup.com/gerontologist/article/56/Suppl_2/S194/2605277?login=false

Richardson, W., Wilson, M., Nishikawa, J., & Hayward, R. (1995). The well-built clinical question: A key to evidence-based decisions [Editorial]. *American College of Physicians Journal Club*, 123, A12–A13.

Robert Gordon University, Research Highlights Advisory Group, School of Applied Social Studies 2004, (2005) *Research Highlights in Social Work 45- Social Work and Evidence- Based Practice* Edited by David Smith, Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia

Rubin, A., Babbie, E.R. (2009). *Research Methods for Social Work*. Seventh Edition, Brooks/ Cole

Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). New York: Churchill- Livingstone.

Sackett, D., Richardson, W., Rosenberg, W., & Haynes, R. (1997). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. New York: Churchill Livingstone.

Sandu A, Unguru E, Frunză A, (2020) *Asistența socială bazată de evidențe*. Tritonic, București.

Seniori Net -Furnizori de servicii pentru persoane vârstnice (2023), *Bune practici servicii sociale vârstnici* 2022. Disponibil la adresa: <https://seniorinet.ro/download-category/resurse- din-domeniu/>

Schmidt, W.-P. (2017). Randomised and non-randomised studies to estimate the effect of community-level public health interventions: definitions and methodological considerations. *Emerging Themes in Epidemiology*, 14(1). doi:10.1186/s12982-017-0063-5

Shaw, I. (1999). *Qualitative evaluation*. London: Sage.

Strauss, S.E., Glasziou, P. Richardson, W.S., & Haynes, R. (2019). *Evidence - based medicine: How to practice and teach EBM*, 5th edition. Edinburgh: Elsevier.

Teater, B. (2017), *Social Work Research and its Relevance to Practice: “The Gap between Research and Practice Continues to be Wide”*, *Journal of Social Service Research* 43(1):1-19. Disponibil la adresa:

Thyer, B. A. (2004). What is evidence-based practice? *Brief Treatment & Crisis Intervention*, 4(2), 167-176, 10.1093/brief-treatment/mhh013

Thyer, B.A., Pignotti, M. (2011) Evidence-Based Practices Do Not Exist. *Clin Soc Work J* 39, 328–333. <https://doi.org/10.1007/s10615-011-0358-x>

Uman, L.S. (2011) Systematic Reviews and Meta-Analyses, *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 20(1): 57–59.

UNICEF (2019), Pachetul Minim de Servicii. Date și dovezi științifice – câteva repere. Disponibil la adresa: <https://www.unicef.org/romania/media/4306/file/Pachetul-Minim-de-Servicii-repere.pdf>

UNICEF (2019) Evaluarea sumativă a componentei Pachetul Minim de Servicii a proiectului demonstrativ „Incluziune socială prin furnizarea de servicii sociale integrate la nivelul comunității” implementat în România în perioada 2014-2018, Raport de evaluare. Disponibil la adresa: <https://www.unicef.org/romania/media/4906/file/Evaluarea%20Pachetul%20Minim%20de%20Servicii%20.pdf>

Walsh, J. (2010). *Theories for direct social work practice* (2nd ed.). Belmont, CA: Thompson Brooks/Cole.

Wampold, B. (2010). *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

Webb, S. A. (2001). Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work. *British journal of social work*, 31(1), 57-79.

Yongjie Yon, Maria Ramiro-Gonzalez, Christopher R Mikton, Manfred Huber, Dinesh Sethi (2019) The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta- analysis *European Journal of Public Health*, Volume 29, Issue 1, pp. 58–67. Disponibil la adresa: <https://academic.oup.com/eurpub/article/29/1/58/5033581>